

---

Aus der Betriebsmedizinischen Untersuchungsstelle  
der Universität Würzburg  
Leiter: Professor Dr. med. Schardt

Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem  
in Deutschland und Ungarn.  
Ungarn auf dem Weg in die Europäische Union

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg  
vorgelegt von  
Jochen Baierlein  
aus Crailsheim, Baden-Württemberg

Würzburg, Februar 2005

---

---

Referent: Prof. Dr. med. F. Schardt

Korreferent: Prof. Dr. med. H. Höhn

Dekan: Prof. Dr. med. G. Ertl

Tag der mündlichen Prüfung:

16. Dezember 2005

Der Promovend ist Arzt.

---

---

Fight for your highest attainable aim,  
but do not insist resistance in vain

*(Hans Selye)*

---

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Problemstellung.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Methodik.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>5</b>
<b>Teil A. Deutschland .....</b>	<b>5</b>
4.1 Einleitung .....	5
4.2 Demographie .....	6
4.3 Gesundheitsstatus .....	6
<b>Teil B. Ungarn .....</b>	<b>42</b>
4.5 Einleitung .....	42
4.6 Demographie .....	42
4.7 Gesundheitsstatus .....	44
4.8 Gesundheitssystem .....	57
<b>Teil C. Deutschland und Ungarn in einer Europäische Gemeinschaft .....</b>	<b>67</b>
4.9 Themenkreis Europa: .....	67
4.10 Zwei mögliche Konzepte der Bewertung von Wirtschaft- /Gesundheitssystemen:.....	69
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 Gesundheitsstatus .....</b>	<b>75</b>
5.1.1 Ausgewählte Parameter zum Vergleich: .....	75
<b>5.2 Gesundheitssystem.....</b>	<b>77</b>
5.2.1 Einteilung der Gesundheitssysteme:.....	77
5.2.2 Gesundheitssystem in Deutschland .....	78
5.2.3 Gesundheitssystem Ungarn: .....	82
<b>5.3 Aussichten: .....</b>	<b>83</b>
5.3.1 Was haben die reichen Länder, was die ärmeren nicht haben? .....	83
5.3.2 Führt wirtschaftliche Leistungskraft zu besserer Gesundheit?.....	86
<b>6. Zusammenfassung.....</b>	<b>88</b>
<b>7. Glossar .....</b>	<b>91</b>
<b>8. Abkürzungen.....</b>	<b>92</b>
<b>9. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>93</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>105</b>
<b>Lebenslauf.....</b>	<b>106</b>

---

## **1. Einleitung**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Überblick über die Gesundheitssysteme der beiden Länder Deutschland und Ungarn vor dem Hintergrund der Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft zu geben.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teilbereiche, die hier nun als Überblick gegeben werden:

- Teil A beinhaltet allgemeine Informationen über Deutschland und beschreibt den Gesundheitsstatus der Bevölkerung und das dazugehörige Gesundheitssystem.
- Teil B befasst sich in gleicher Weise mit Ungarn.
- In Teil C wird der Leitgedanke Europas eingebracht. Außerdem wird eine Methode für die Bewertung der Gesundheitssysteme aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht dargestellt.

Zusätzlich eingefügte Themenabschnitte, die zu weiterführenden Informationen führen, sind mit dem Zusatz „EXKURSION“ gekennzeichnet.

Es sei darauf hingewiesen, dass die ersten beiden Teile der Arbeit eher deskriptiven epidemiologischen Charakter haben. Für Deutschland und Ungarn wurden deshalb die wichtigen, im Text ausführlicher beschriebenen Parameter, wie z.B. Säuglingssterblichkeit, Krebsformen, Unfallhäufigkeiten, Bettenanzahl, Zahl der Ärzte usw., in Tabellen zum Vergleich im Abschnitt Diskussion Kapitel 5.1.1 noch einmal gegenübergestellt.

---

## 2. Problemstellung

Beinahe ohne Ausnahme findet man sowohl Nationen als auch politische Parteien, die sich mit dem Problem des Gesundheitswesens auseinandersetzen. Trotz knapper Ressourcen will die Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und –dienstleistungen versorgt sein. Knappheit ergibt sich allgemein aus der Diskrepanz zwischen den unbegrenzten Bedürfnissen und Wünschen des Menschen und den zu ihrer Befriedigung nur begrenzt vorhandenen Gütern und/oder finanziellen Mitteln. Die Knappheit der Mittel verlangt insbesondere im Bereich Gesundheit nach rationalem, d.h. wirtschaftlichem Handeln, da die Finanzierung in allen Ländern überwiegend oder zu großen Teilen aus öffentlichen Mitteln erfolgt.

Den Einsatz der knappen Mittel betreffend haben die Wirtschaftswissenschaften folgende Optimierungsstrategien entwickelt:

1. Es soll entweder mit den vorhandenen limitierten Mitteln ein Maximum an Nutzen (Maximalprinzip) erreicht werden oder
2. ein vorgegebenes Nutzenniveau mit minimalem Mitteleinsatz (Minimalprinzip) realisiert werden.

Sowohl das Minimal- als auch das Maximalprinzip beinhalten eine Prioritätensetzung und den Ausschluss unwirtschaftlicher Maßnahmen. Wirtschaftliches Handeln erfordert Prioritätensetzung und damit auch Rationierung. Würden die Gesundheitsleistungen rein marktorientiert zugeteilt und damit über den Preis gesteuert, so wären lediglich Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der „Klienten“ von Bedeutung.

In der vorliegenden Arbeit wird das gewachsene Gesundheitssystem Deutschlands, das von der Industrialisierung und marktorientierten Inhalten geprägt ist, dem System Ungarns gegenübergestellt. Historisch waren die mittelosteuropäischen Gesundheitssysteme stark durch das sowjetische Modell geprägt, das durch einen stark zentralisierten, staatlich finanzierten Gesundheitsdienst charakterisiert war. Neben den für die planwirtschaftlichen Systeme typischen Versorgungsengpässen, die auch bei medizinischen Gütern (Medikamente, medizinischer Bedarf, Investitionsgüter) auftraten, bestand ein Kernproblem darin, dass die Gesundheitsausgaben im Budget in direkter

---

Verwendungskonkurrenz zu anderen öffentlichen Ausgaben standen und keine klaren Finanzierungsregeln existierten; so konnten bei Finanzknappheit Ressourcen aus dem Gesundheitssektor abgezogen und entsprechend den kurzfristigen Prioritäten zugeordnet werden. Dies führte seit Ende der 70er Jahre zu einer zunehmenden Vernachlässigung der Gesundheitsversorgung mit erheblichen Defiziten bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Durch den Anschluss an den Westen im Zuge der Europäischen Integration stellt sich die Frage, wie sich der Gesundheitsstatus der ungarischen Bevölkerung in der weiteren Zukunft entwickeln wird und von welchen Faktoren dieser abhängt.

---

### 3. Methodik

Die Daten dieser Arbeit sind überwiegend den nationalen Statistiken der jeweiligen Länder bzw. Datenbanken der westlichen Welt entnommen. Hauptsächlich wird auf Untersuchungen folgender Institutionen verwiesen: OECD, WHO, Eurostat, Ministerien für Statistik sowie die BASYS-Reihen. Die verwendeten Daten sind mit Quellenhinweisen im Literaturverzeichnis alphabetisch aufgeführt.

Die Problematik der Vergleichbarkeit verschiedener Daten bewirkt in vielen Bereichen eine Einschränkung der Aussagekraft solcher Ländervergleiche. Dies betrifft in besonderem Maße die privaten Ausgaben für Gesundheitsleistungen sowie die Finanzierung des Gesundheitswesens. So erfasst beispielsweise das Statistische Bundesamt in seiner Gesundheitsausgabenrechnung bis heute keine privaten Pflegeausgaben. Ebenso zeigten sich wiederholt Probleme nicht nur im Vergleich der einzelnen statistischen Werte der jeweiligen Länder, sondern vielmehr noch im Vergleich der Zahlen aus z.B. WHO und OECD.

Um dieser Situation Rechnung zu tragen, seien an dieser Stelle zwei Arbeitsgruppen zu nennen, welche in dieser Arbeit besonders Verwendung finden:

- BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH  
Reisingerstr.25, D-86159 Augsburg Tel: +49-821-257940 mit dem Band „Health Systems of Central and Eastern Europe“ um Markus Schneider
- „European Observatory“ - auf WHO-Ebene. Vornehmlich zu nennen ist hier Reinhard Busse, der die Daten im Wesentlichen erarbeitet hat.

Um internationale Vergleiche für die Gesundheitspolitik nutzen zu können, sind in Zukunft erhebliche Anstrengungen erforderlich, um vorhandene Statistiken zu harmonisieren. Die WHO hat im Juni 2000 erstmalig den „World Health Report 2000“ veröffentlicht, in welchem für alle Länder Indices berechnet wurden, die dann zusammen in der so genannten „Overall health system performance“ gründen. Dieser Report wird im Abschnitt Ergebnis Teil C erläutert.

Weiterhin sei erwähnt, dass aktuelle Diskussionen/Reformen im Bereich Gesundheit und Politik in diese Arbeit zwar einfließen, jedoch das Augenmerk eher auf fundierte und vertrauensvoll recherchierte Arbeiten gelegt wird. Das hat den Nebeneffekt, dass zitierte Dokumente ein bis drei Jahre alt sein können. Außerdem muss auf die aktuellen Reformen der Bundesregierung aus dem Jahr 2003 hingewiesen werden, die für eine neuerliche Beurteilung der Situation des Gesundheitswesens in Deutschland sicherlich noch fünf bis zehn Jahre Zeit benötigen.

---



## 4. Ergebnisse

### Teil A. Deutschland

#### 4.1 Einleitung



Abbildung 1:  
Übersichtskarte  
Quelle:  
Spiegelonline  
2002

Die Bundesrepublik Deutschland hat eine Fläche von 356 978 km<sup>2</sup>. Die größte Nord-Süd-Ausdehnung beträgt 876 km, von West nach Ost 640 km. Die Gesamtbevölkerung beträgt 82 Millionen (40 Millionen Männer und 42 Millionen Frauen), die Bevölkerungsdichte 230 Einwohner pro km<sup>2</sup> (Zahlen von 1998). Diese Zahl schließt über 7 Millionen Ausländer ein, von denen knapp über 2 Millionen Türken sind. Die Bevölkerung ist regional ungleichmäßig verteilt. Im westlichen Teil leben deutlich mehr Menschen als im östlichen

Teil. Von 19 Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern befinden sich nur drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,5 Millionen Einwohnern. Weitere dichtbesiedelte Gebiete sind die Rhein-Ruhr-Region mit 11 Millionen Einwohnern und das Rhein-Main-Gebiet um Frankfurt (Abb. 1). [HIT Germany]

## 4.2 Demographie

Die Bevölkerung wuchs zwischen 1950 und 1995 von 69,3 Mio. auf 81,8 Mio. Einwohner an. Es ist eine deutliche Zunahme des Anteils alter und hochbetagter Menschen zu beobachten. Als Gründe für diese Verschiebungen sind der Geburtenrückgang vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die zwanziger Jahre, die Opfer beider Weltkriege sowie die in den letzten 40 Jahren kontinuierlich gestiegene Lebenserwartung anzusehen. Nach Bevölkerungsprognosen wird im Jahr 2010 mit 83,4 Mio. und im Jahr 2040 mit nur noch 72,4 Mio. Einwohnern zu rechnen sein. Die Alterung der Gesellschaft wird weiter voranschreiten. Zugleich werden die Einpersonenhaushalte zunehmen. Hiermit verbunden ist ein Rückgang des Pflegepotentials in der Gesellschaft und eine Zunahme des Bedarfs an (professionellen) medizinischen und pflegerischen Leistungen. [GBE1998]

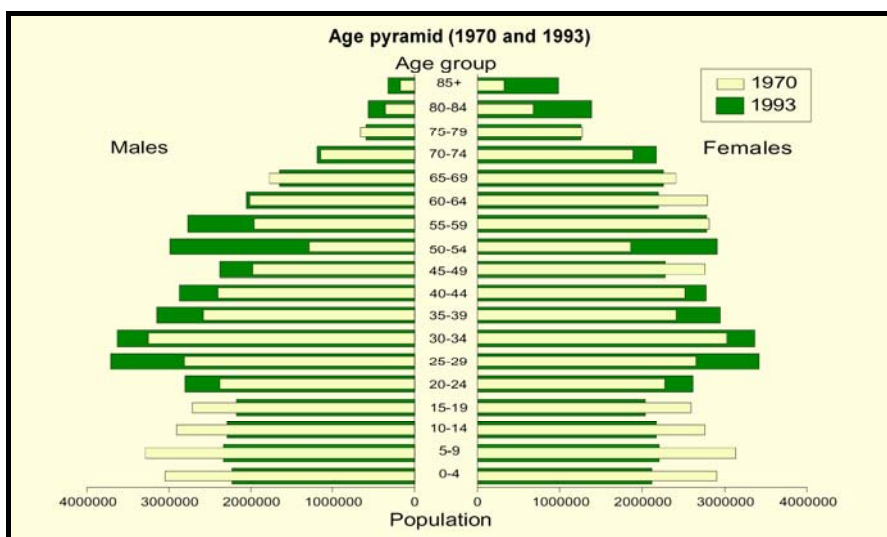


Abbildung 2:  
Bevölkerungszusammen-  
setzung zwischen 1970  
und 1993  
Quelle: HOH Germany  
1999

## 4.3 Gesundheitsstatus

Aussagefähige Morbiditätsdaten für die deutsche Bevölkerung zu erhalten gestaltet sich schwierig. Die wichtigste Informationsquelle ist der zweijährig erscheinende Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheitsbericht des Statistischen Bundesamtes, der erstmals 1998 veröffentlicht wurde. Letztgenannter Report wird

regelmäßig aktualisiert und um spezielle zusätzliche Berichte ergänzt, ebenso die Krankenhaus-Diagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Die Situation der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland kann vor dem Hintergrund einer 40-jährigen politischen und geographischen Teilung als eine interessante Fallstudie für Änderungen im Gesundheitszustand durch politische, soziale und wirtschaftliche Faktoren in einer ansonsten homogenen Bevölkerung analysiert werden. Der offenkundigste Indikator für unterschiedliche Bevölkerungsgesundheit in den alten Bundesländern verglichen mit den neuen ist die Lebenserwartung bei Geburt. Dieser nahm initial in Ostdeutschland schneller zu (ausgehend von einem etwas höheren Ausgangswert), stagnierte aber in den 60er Jahren. In Westdeutschland nahm die Lebenserwartung bei Geburt seit den 60er Jahren kontinuierlich zu. Zwischen 1980 und 1990 vergrößerte sich der Unterschied in der Lebenserwartung besonders für Männer. Nach McKee et al. (1996) ist dies unter anderem auf unterschiedliche Ernährung, bessere Lebensbedingungen, unterschiedlichen Zugang zu hochtechnisierter Gesundheitsversorgung und bessere Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen in Westdeutschland sowie eine selektive Abwanderung von Rentnern von Ost nach West zurückzuführen. Seit der Wiedervereinigung hat sich der Unterschied in der Lebenserwartung, insbesondere bei Frauen, zügig verringert. Es ist nicht wahrscheinlich, dass dies auf Entwicklungen vor 1990 zurückzuführen ist. Unter den Veränderungen nach 1990 könnten die folgenden Faktoren teilweise ursächlich für die Angleichung der Lebenserwartung in den neuen Bundesländern an diejenige in den alten Bundesländern sein:

- die Übernahme des westdeutschen Sozialversicherungssystems,
- die Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems (siehe folgende Abschnitte),
- größere persönliche Freiheit (jedoch verbunden mit höherer Arbeitslosigkeit),
- verbesserter Umweltschutz,
- wesentliche Reduzierungen der Säuglings- und Mütter-Sterblichkeit,
- beträchtliche Reduzierung der Sterblichkeitsraten von motorisierten Verkehrsunfällen, Fahrzeugverkehrsunfälle und besonders von Selbstmorden, obwohl sich Deutschlands Position unter den Referenzländer der Europäischen Union bezüglich Sterblichkeit durch äußere Ursache verschlechtert hat,
- eine Verminderung der standardisierten Sterblichkeitsraten (SDRs) von Männern und Frauen zwischen 0 –und 64 Jahren sowohl für CVDs (Cardiovasculäre

Krankheiten) im Allgemeinen als auch für ischämischen Herzerkrankungen und cerebrovasculären Krankheiten. Trotz dieser Verminderungen hat sich Deutschlands Position, verglichen mit den Referenzländern, verschlechtert.

- mehr oder weniger stabile Sterblichkeitsraten bei allgemeine Krebsformen in den Altersgruppen von 0 –bis 64 Jahren, eine starke Zunahme der Bronchialkarzinome (unter Frauen), leicht erhöhte Brustkrebshäufigkeit und eine geringe Verbesserung der Sterblichkeit durch Larynxkrebs. Weiter Daten siehe Abschnitt Malignome.

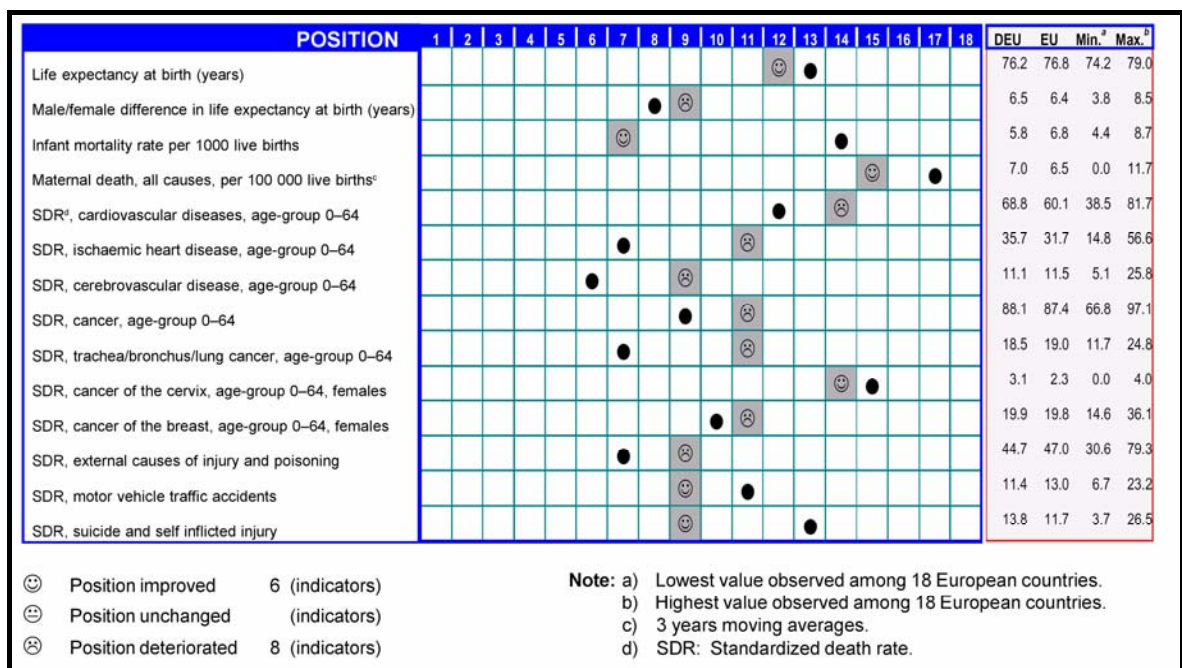


Abbildung 3 verdeutlicht den jeweiligen Stand einzelner Parameter des Gesundheitszustandes:

Die Richtskala reicht von 1 (best) bis 18 (worst). Verbesserungen bzw. Verschlechterung werden mit einem Smile-Gesicht deklariert. Quelle: HOH Germany 1999

Parameter, die sich auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung beziehen, verstecken oft wichtige Unterschiede zwischen Segmenten der entsprechenden Bevölkerungsschichten. Im Allgemeinen haben Frauen höhere Morbiditätsraten, aber niedrigere Sterblichkeitsraten als Männer. 1993 war die Lebenserwartung von Frauen in Deutschland (79,4 Jahre) 6,7 Jahre höher als die der Männer (72,7 Jahre).

Regionale Unterschiede können auch hier beobachtet werden. In den neuen Ländern zum Beispiel war die Lebenserwartung für Männer grob drei Jahre und für Frauen zwei Jahre niedriger als in den alten Bundesländern. Auch soziale Klassenunterschiede haben Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse; so hat sich gezeigt, dass sich in der Gruppe der Menschen zwischen 30 und 59 Jahren die Sterblichkeitsrate von der niedrigsten bis zur höchsten Einkommensgruppe mehr als verdoppelt hat. [Mielck 1994]



In einer Studie aus den Jahren 1990 bis 1992 wurde gefragt:

Wenn Sie Ihren gegenwärtiger Gesundheitszustand beschreiben müssten, wie sähe dieser aus? Darauf antworteten 15 % der 25- bis 69-Jährigen, ihre Gesundheit sei eher schlecht und 45 % beschrieben ihre Gesundheit als angemessen.

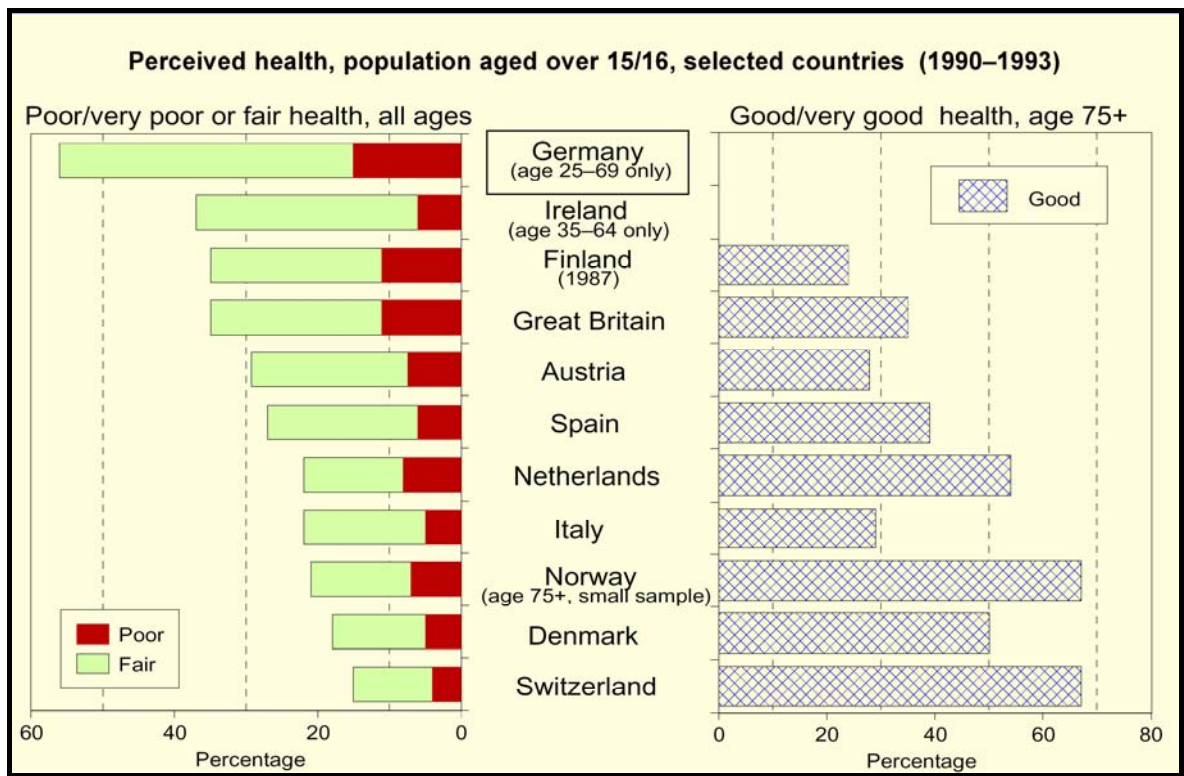


Abbildung 4: Wahrgenommene Gesundheit. Bevölkerung über 15/16. Ausgewählte Länder (1990-1993)  
Quelle: HOH Germany 1999

Diese genannten 15% ist der höchste Prozentsatz unter den Ländern, in denen diese Informationen verfügbar waren. Dieses Ergebnis kann teilweise dadurch erklärt werden, dass die jüngste (und normalerweise auch die gesündeste) Bevölkerungsgruppe nicht erfasst wurde.

In der Gruppe, die ihre Gesundheit als schlecht beurteilte, war der Anteil an Frauen ein wenig höher vertreten und nahm mit dem Alter zu. [Bundesministerium für Gesundheit 1994]

### 4.3.1 Allgemeine Sterblichkeit und Lebenserwartung

#### 4.3.1.1 Entwicklung der Sterblichkeit

Seit 1980 hat sich der Wert für Sterblichkeit im Westen bei Männern und Frauen jeweils um rund ein Viertel verringert. Im Osten war der Rückgang bei den Frauen weitaus stärker, bei den Männern hingegen schwächer ausgeprägt.

Eine wesentliche Ursache des geringeren Rückgangs bei den Männern im Osten dürfte der Anstieg der Sterblichkeit in den Jahren 1990 und 1991 sein (vgl. Abb. 5), der vor allem auf die Zunahme der Verkehrsunfälle zurückzuführen ist.

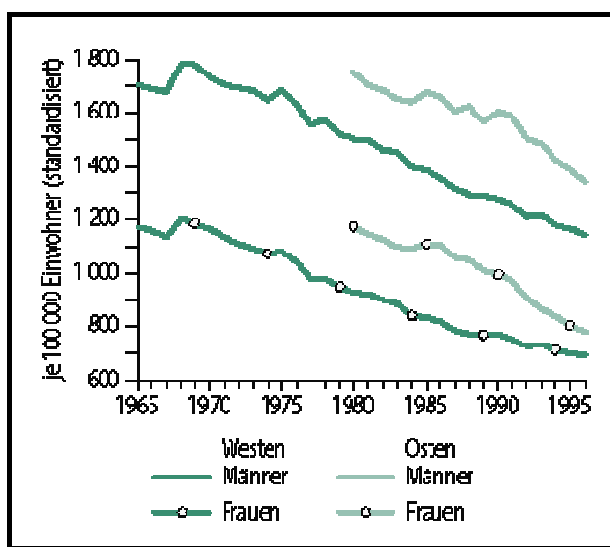


Abbildung 5:  
Entwicklung der Sterblichkeit.  
Die Sterbeziffern beziehen sich  
auf die neue  
Europastandardbevölkerung.  
Quelle: StBA,  
Todesursachenstatistik.

Zieht man nun den Vergleich mit der europäischen Bevölkerung, liegt die altersstandardisierte Sterblichkeit der Männer in Deutschland im Jahre 1995 um 67,6% über jener der Frauen. Im Osten ist dieser Unterschied mit 72,2% noch deutlicher ausgeprägt als im Westen mit 66,7%.

Die Entwicklung des standardisierten durchschnittlichen Sterbealters in Abb. 5 zeigt eine langsame und stetige Zunahme, d.h. das durchschnittliche Sterbealter tritt tendenziell eher bei Älteren auf. 1995 lag dieses Sterbealter im Westen für Männer bei 72,7 und für Frauen bei 74,9 Jahren. Die Werte im Osten lagen bis Anfang der neunziger Jahre über denen im Westen. 1990 sank das Sterbealter vor allem bei den Männern deutlich ab. Verantwortlich ist hierfür die hohe Zahl von Verkehrsunfällen mit Todesausgang.

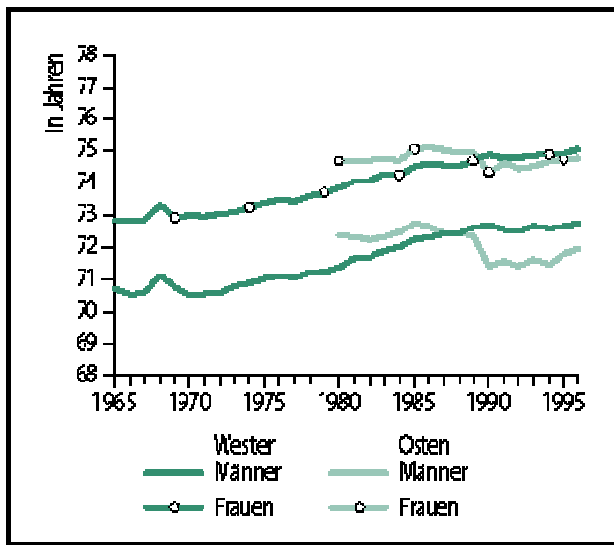


Abbildung 6:  
Durchschnittliches Sterbealter.  
Quelle: StBA, Todesursachenstatistik.

Das durchschnittliche Sterbealter ist auf die neue Europastandardbevölkerung bezogen.

#### 4.3.1.2 Entwicklung der Lebenserwartung

##### Mittlere Lebenserwartung

Um auch die Lebensbedingungen in den entwickelten Ländern beurteilen zu können, verwendet man den Parameter der mittleren Lebenserwartung. Dieser gibt an, wie viele Lebensjahre ein Neugeborener beim derzeitigen Sterberisiko in der Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen "erwarten" kann. Man kann sagen, dass die mittlere Lebenserwartung im Laufe dieses Jahrhunderts in allen Industrienationen erheblich angestiegen ist. 1995 lag sie in Deutschland für Männer bei 73,3 und für Frauen bei 79,8 Jahren. Zu Beginn des Jahrhunderts hatte sie noch 44,8 bzw. 48,3 Jahre betragen. 1995 konnten 38,0% aller Männer und 60,2% aller Frauen ein Alter von 80 Jahren erwarten. Vor 90 Jahren waren es nur 9,0% bzw. 12,3%. Dies erklärt den steigenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen, ein Prozess, der auch in Zukunft noch anhalten wird. [GBE 1998]

Ursachen für den Anstieg der Lebenserwartung sind:

- große Leistungen des Gesundheitswesens,
- Bekämpfung der Infektionskrankheiten,
- Reduktion der Säuglingssterblichkeit.

Aus der nachfolgenden Grafik lassen sich folgende Werte zur Beurteilung heranziehen:

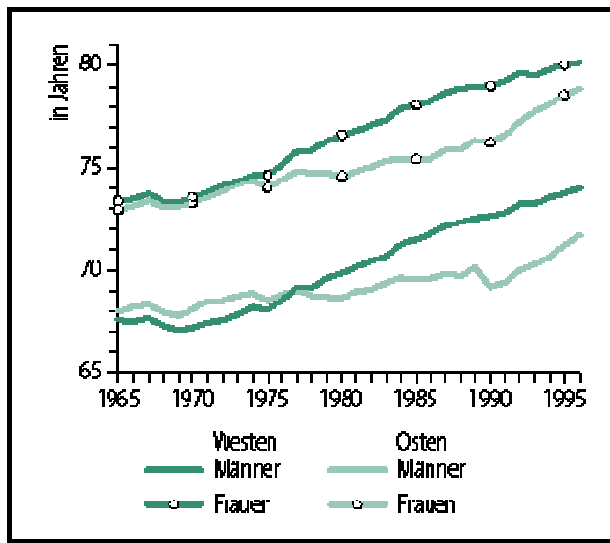


Abbildung 7:  
Mittlere Lebenserwartung.  
Quelle: StBA,  
Todesursachenstatistik.

- Im Beobachtungszeitraum (1965-1995) hat die mittlere Lebenserwartung im Westen bei den Männern um 6,2 und bei den Frauen um 6,4 Jahre zugenommen. Im Osten waren es bei den Männer 3,2 bzw. bei den Frauen 5,6 Jahre.
- Bis 1974 unterschieden sich die Werte für Frauen im Osten und Westen kaum (um höchstens 0,4 Jahre).
- Vor 1976 hatten die Männer im Osten eine höhere Lebenserwartung als im Westen. 1971 lag der Unterschied bei mehr als einem Jahr.
- Seit 1976 sind die Werte im Westen stärker angestiegen.

#### **Exkurs: Unterschiede zwischen den einzelne Bundesländern**

Mit der höchsten mittleren Lebenserwartung können Männer und Frauen in Baden-Württemberg rechnen (m/w 74,71/80,88 J.), die niedrigsten Werte weist die Statistik bei den Männern in Mecklenburg-Vorpommern und bei den Frauen Sachsen-Anhalt auf (m/w 70,62/78,01 J.).

#### **Lebenserwartung im Vergleich**

Im EU-Vergleich liegt Deutschland bei der Lebenserwartung im Mittelfeld. 1995 führte bei den Männern Schweden mit 76,2 Jahren, bei den Frauen Frankreich mit 81,9. Der Abstand zur Lebenserwartung in Deutschland machte 2,9 bzw. 2,8 Jahre aus (siehe auch Teil B Abschnitt Ungarn). Innerhalb der sieben führenden Wirtschaftsmächte (G7) belegt Deutschland den vorletzten Platz vor den USA. Hier liegt Japan mit 76,4 bzw. 82,8 Jahren unangefochten an der Spitze, der Rückstand zu Deutschland beträgt 3,1 bzw. 3,8 Jahre.



**Exkurs: Internationale Diskussion zur Sterblichkeit und Lebenserwartung**

Die internationale Diskussion bzgl. Sterblichkeit und Lebenserwartung weist zwei thematische Schwerpunkte auf:

Kann die Lebenserwartung in den führenden Ländern weiter steigen oder erreicht sie eine biologische Grenze? Muss der Einzelne eine weiter steigende Lebenserwartung mit mehreren Jahren von Krankheit und Siechtum erkaufen oder kann er hoffen, mehrere Jahre in guter Gesundheit zu verbringen?

Bislang ist diese Diskussion noch nicht sehr weit fortgeschritten. Es gibt noch keine allgemein anerkannten Indikatoren, um eine "Lebenserwartung bei guter Gesundheit" zu messen. Jedoch zeigen sich vereinzelte Ansätze. Die Mitgliedsländer der OECD sind 1997 übereingekommen, diesen Fragen in den nächsten Jahren eine verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Nach ersten Untersuchungen für Deutschland für die Jahre 1986, 1992 und 1995 können Männer und Frauen davon ausgehen, dass sie mehr als 90% ihrer Lebenserwartung in einem Gesundheitszustand verbringen können, der sie in ihren täglichen Aktivitäten nicht einschränkt, und zwischen 80% und 85% in einem Gesundheitszustand, den sie selbst als zufrieden stellend oder besser einschätzen. [Brückner (1998)] Die deutschen Zahlen deuten darauf hin, dass sich Lebenserwartung und beschwerdefreie Lebenserwartung weitgehend parallel entwickeln werden.

Im weiteren Zusammenhang bezüglich der Fragestellung „Führt wirtschaftliche Leistungskraft zu besserer Gesundheit oder verbessert gute Gesundheit auch das Wirtschaftswachstum?“ sei auf den Abschnitt 5.3.2 dieser Arbeit verwiesen.

**4.3.2 Haupttodesursachen**

Krebs ist die häufigste Todesursache in der Altersgruppe unter 65 Jahren, gefolgt von Herzkreislauferkrankungen. Jedoch liegt über dieser Alterskategorie eine reverse Situation vor. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen hier mehr Todesfälle als Krebs.

Mit zunehmendem Alter gewinnen folglich Kreislaufkrankheiten und Neubildungen an Bedeutung.

Eine nähere Analyse altersspezifischer Sterblichkeit hat ergeben, dass bis zu 80% aller Todesfälle in jeder Altersgruppe in drei Hauptkategorien erfasst werden können:

- Verletzungen (Hauptkategorie bis zum Alter von 35 Jahren),
  - Malignome und
  - CVDs (Cardio-vaskuläre Erkrankungen).
-

Ein Vergleich zwischen Ländern, die solche Sterblichkeitsraten verwenden, kann aufzeigen, inwieweit die betroffene Sterblichkeit reduziert werden könnte.

Fast alle Ursachen, die dem jeweiligen Tod zugrunde liegen, werden von kollektivem und individuellem Verhalten beeinflusst, eine große Vielfalt an Gesundheitsförderung und Verhütungsmaßnahmen können hieraus spezifisch eingesetzt werden, um Änderungen zu bewirken.

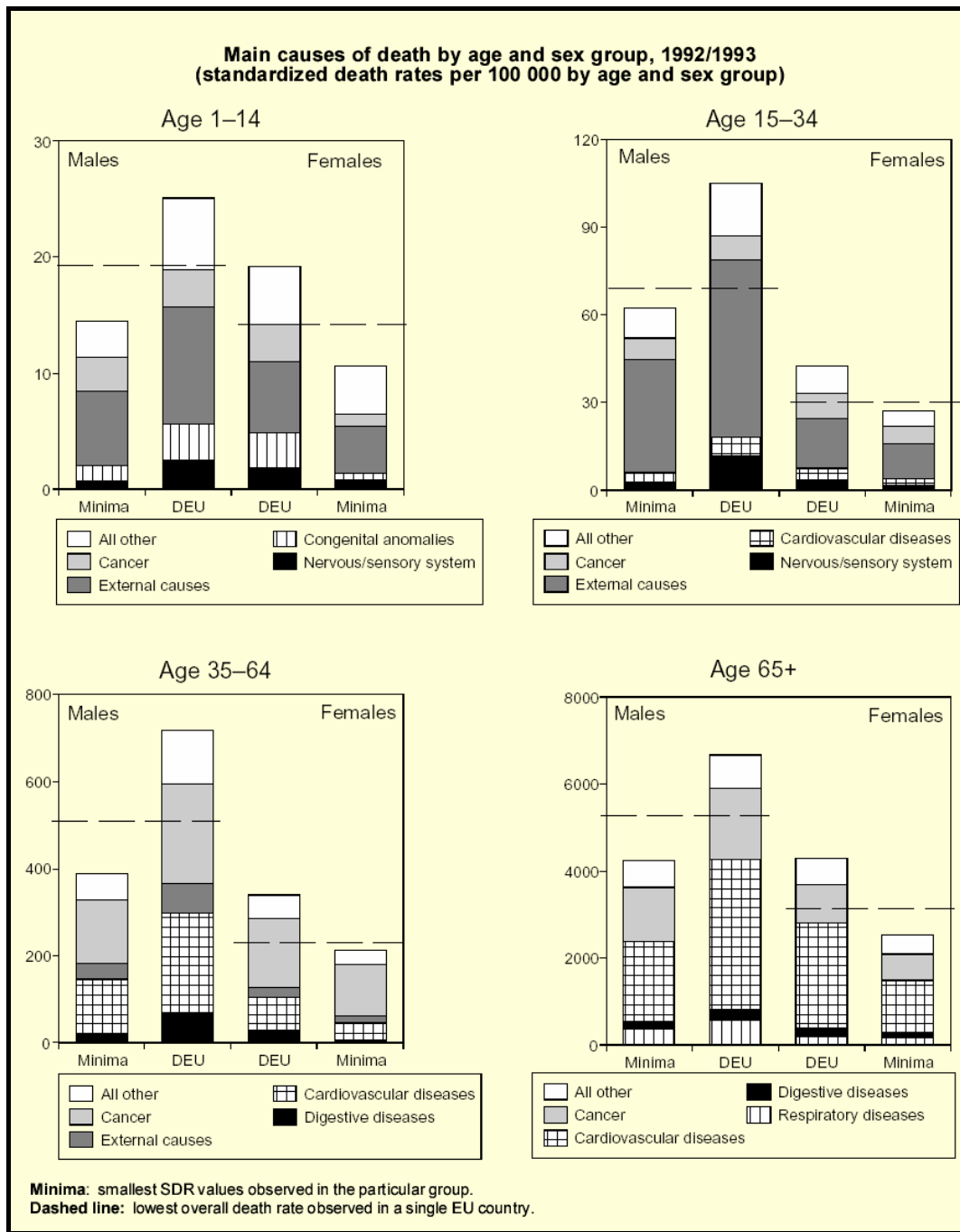
#### **4.3.2.1 Aufstellung nach Altersgruppen:**

Hauptursache bei 1- bis 14-Jährigen sind Unfälle sowie Krankheiten des nervösen und sensorischen Systems, Malignome liegen innerhalb des EU-Durchschnitts. Die männliche Sterblichkeitsrate für angeborene Krankheiten liegt ebenfalls im EU-Durchschnitt, jedoch liegt die Rate für angeborene Krankheiten bei Frauen innerhalb der EU am höchsten.

Hauptursache bei 15- bis 34-Jährigen sind Verletzungen, wobei die der Männer um das 2,5-fache höher sind als bei den Frauen. Dieser Wert liegt im EU-Durchschnitt.

Als Hauptursache der 35- bis 64-Jährigen ist Folgendes zu nennen: die allgemeine Sterblichkeit bei Männern ist immer noch mehr als zweimal so hoch als bei Frauen. Für beide Geschlechter sind die Sterblichkeitsraten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen über den EU-Durchschnitt. Ebenso erhöht ist die Rate für Krankheiten des Verdauungssystems. Die Sterblichkeit an Krebs und externen Ursachen liegt für beide Geschlechter innerhalb des EU-Durchschnitts.

---



Diese Abbildung 8 zeigt alters- und geschlechterspezifische Sterblichkeitsraten für die Haupttodesursachen in Deutschland von 1993. Diese Daten sind mit den jeweilig niedrigsten Werten anderer EU Länder im Vergleich dargestellt. Die Summe dieser Minima muss folglich als ein künstlicher Wert betrachtet werden. Die vertikal gestrichelte Linie zeigt das Land mit der kleinsten Gesamt-Sterblichkeitsrate bezogen auf die gesamten EU-Länder. Quelle: HOH Germany 1999

### 4.3.3 Herzkreislauferkrankungen

1995 starben insgesamt 87.739 Personen (Frauenanteil 44%) an *akutem Herzinfarkt*. Im Osten lag die Sterblichkeit um über 30% höher als im Westen. Bekannte Faktoren, wie

Rauchen, Cholesterin, Hypertonie und Übergewicht stellen die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, hier im Speziellen der Myokardinfarkt.

Prävalenz somatischer Risikofaktoren im Westen				
Risikofaktor	1985		1991	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	in % der Befragten			
Rauchen	41,6	27,0	39,6	28,5
Erhöhtes Cholesterin	31,2	35,2	35,5	35,6
Erhöhter Blutdruck	20,4	14,1	18,4	15,4
Übergewicht	65,7	49,5	66,0	51,6

Abbildung 9:

In die Befragung sind Personen im Alter von 25-69 Jahren einbezogen. Die Angaben zum erhöhten Cholesterin beziehen sich auf einen Wert ab 250 mg/dl. Als erhöhter Blutdruck gelten systolische Werte ab 160 mm Hg und /oder diastolische Werte ab 95 mm Hg, als Übergewicht ein Body-Mass-Index ab 25 kg/m<sup>2</sup>. Quelle: RKI, Gesundheitssurvey.

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Risikofaktorenbelastung bei Frauen zu beobachten.

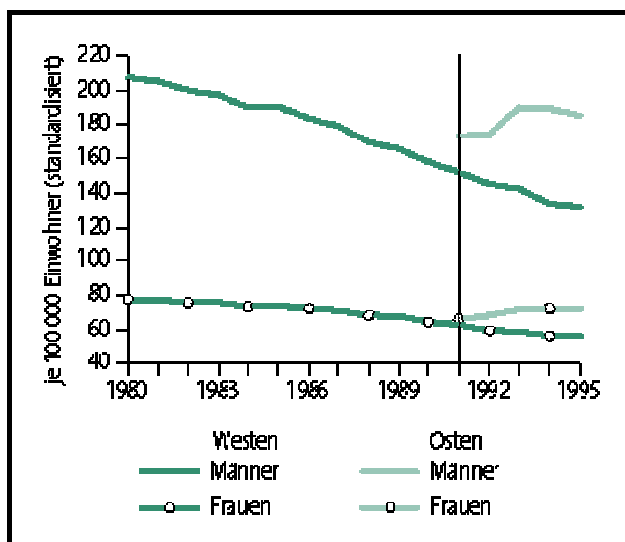


Abbildung 10:  
Sterblichkeit an akutem Myokardinfarkt.  
Quelle: StBA, Todesursachenstatistik.

Die Sterbeziffern sind auf die neue Europabevölkerung standardisiert. Bei den Angaben zum Osten wurde für die Jahre vor 1991 auf eine Darstellung verzichtet, da diese aufgrund eines anderen Codiervorgangs nicht vergleichbar ist.

Für den Rückgang der Sterblichkeit im Westen seit 1980 gibt es vermutlich eine Vielzahl von Gründen: Hierzu zählen ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und eine bessere Grundversorgung in der Bekämpfung von Risikofaktoren (Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte). Ebenso sind Verbesserungen der Notfall- und Intensivmedizin sowie Fortschritte der Kardiochirurgie und invasiven Kardiologie zu nennen.

#### **4.3.4 Schlaganfall**

Jährlich erleiden ca. 500.000 Menschen einen *Schlaganfall*, etwa 100.000 Personen starben 1995 daran. Aufgrund der höheren Lebenserwartung erkranken daran mehr Frauen als Männer. Seit den sechziger Jahren ist die Sterblichkeit rückläufig. Im Osten lag sie 1995 um über 40% höher als im Westen.

Risikofaktoren sind Bluthochdruck, starker Tabak- und Alkoholkonsum sowie Diabetes mellitus.

#### **4.3.5 PVK (=Periphere Verschlusskrankheit)**

Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sind in rund 90% der Fälle die Beine betroffen. Ein typisches Beispiel dieser Krankheit ist das „Raucherbein“. Die periphere Verschlusskrankheit ist in erster Linie eine Alterskrankheit. Mit der prognostizierten Zunahme der älteren Bevölkerung ist mit einem weiteren Anstieg dieser Krankheit zu rechnen. Ungefähr 3,3 Mio. Menschen sind betroffen (4% der Bevölkerung), etwa 60% der Betroffenen sind Männer. Die wesentlichen Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, Rauchen, sowie Übergewicht und Bluthochdruck.

#### **4.3.6 Malignome**

In den frühen 90ern lag die allgemeine Krebssterblichkeit (für beide Geschlechter unter 64 Jahren) innerhalb des europäischen Durchschnitts. Während in den vergangenen zwei Jahrzehnten die standardisierte Sterblichkeitsrate s.o. in den alten Bundesländern besonders für Männer konstant höher war als in den neuen Ländern, folgte ein ähnlicher Trend Anfang 1990. Die SDR in den neuen Ländern fiel anfangs, um sich dann nach wiederum starkem Anstieg erneut zu stabilisieren. Ursachen fand man hierzu in der Ost-West-Migration sowie in einer Änderung der praktischen Verschlüsselung. [Highlights on health in Germany]

Bei insgesamter Betrachtung fiel die SDR (der Frauen) um 6% im gleichen Zug wie auch der EU-Trend während der letzten zehn Jahre. Die Situation der Männer zeichnet sich

---

durch einen moderaten Anstieg aus. Die SDR für beide Geschlechter in der DDR war niedriger als in der BRD.

Eine geschlechterspezifische Verteilung sieht wie folgt aus:

(geordnet nach der Häufigkeit mit Organangabe)

Frauen	Mamma-Ca
	Uterus-Ca
	Bronchial-Ca
Männer	Bronchial-Ca
	Prostata-Ca

Die Situation bezüglich Lungenkrebssterblichkeit unter 65 Jahren ist komplexer. Männer aus der früheren DDR zeigten eine höhere, Frauen eine niedrigere Sterblichkeit, als ihre Pendanten in den alten Ländern der Bundesrepublik. 1993 war die SDRs für beide Geschlechter in Deutschland unterhalb des EU-Durchschnitts. Zwischen 1983 und 1993 gab es in der Gruppe der Frauen einen der höchsten Anstiege in der EU (48% gegen einen EU-Durchschnitt von 14%). Während derselben Zeit verhielt sich der Trend für Männer in Deutschland fast stabil. Das Mainzer Kinderkrebsregister mit einer Abdeckung von etwa 95% (alte Länder) zeigte ein standardisiertes Auftreten bei Kindern unter 15 Jahren - von 14 pro 100.000 (zwischen 1985 und 1989). Die Zahlen waren bei den Jungen höher (14,7) als bei den Mädchen (12,1) [Bundesministerium für Gesundheit 1994].

Daten aus dem Krebsregister wurden herangezogen, um einen vertikalen Vergleich zu erstellen, sowie die Daten aus den neuen Ländern mit denen der alten Länder (z.B. Saarland) vergleichen.

Resultat: Das Auftreten von Magenkrebs, Gebärmutterhals- und Gebärmutterkrebs wie auch Hodgkin Lymphome nahmen in den frühen 90ern verglichen mit dem vorhergehenden Jahrzehnt ab. Im gleichen Zeitraum nahmen die Inzidenz von Leber-, Blasen-, Lungen- und Brustkrebs wie auch vom bösartigen Melanom zu [Bundesgesundheitsministerium 1997].

#### 4.3.7 Brustkrebs

Brustkrebs ist mit 4% die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Die 1-Jahres-Überlebensrate liegt bei 91%, die 5-Jahres-Überlebensrate bei 69%. Neben genetischer

Veranlagung gelten Kinderlosigkeit, hohe Gewebedichte der Brust, regelmäßig erhöhter Alkoholkonsum sowie Umweltbelastungen (Polychlorierte Biphenyle [PCB], ionisierende Strahlen) als risikoe erhöhende Faktoren. Hier sei anzumerken, dass die Sterblichkeit an Brustkrebs (der Betroffenen zwischen 0 und 64 Jahren) in den neuen Bundesländern viel geringer ist, jedoch die Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs um das Zweifache höher liegt.

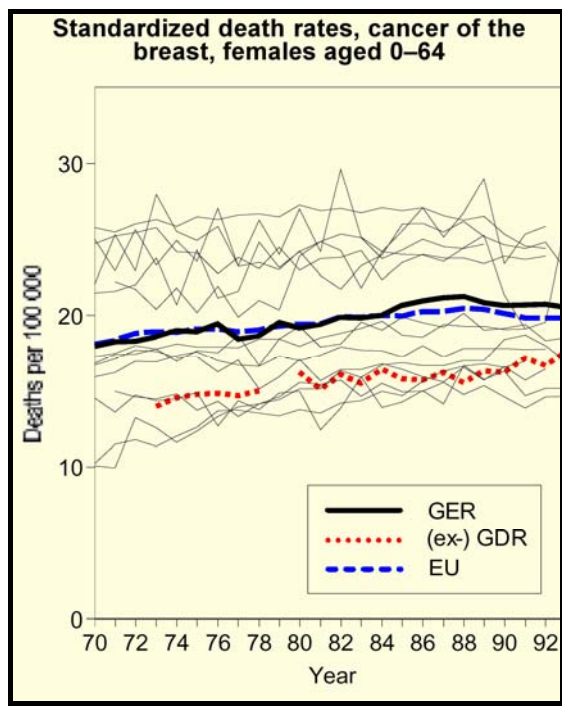


Abbildung 11:  
SDR für Brustkrebs der Frauen.  
Quelle: HOH Germany 1999

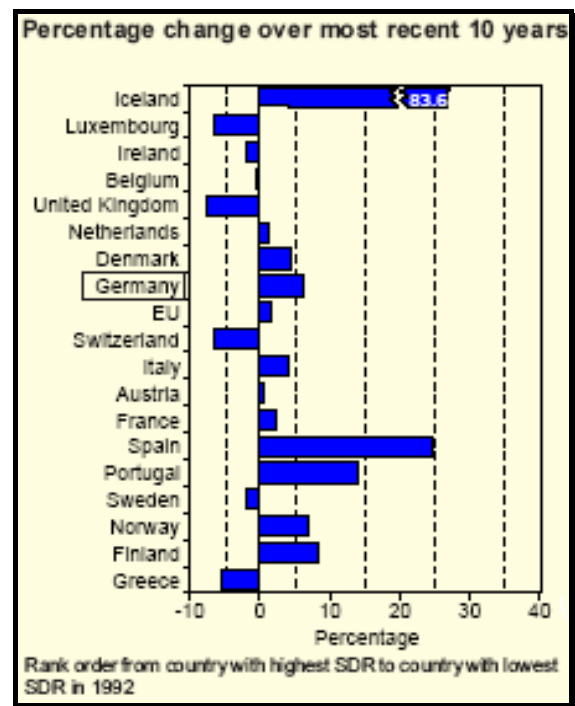


Abbildung 12:  
Prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre im  
Vergleich mit anderen EU-Mitgliedsstaaten.  
Quelle: HOH Germany 1999

#### 4.3.8 Lungenkarzinom

Die Lebenserwartung eines an Lungenkrebs erkrankten Patienten ist gering (1-Jahres-Überlebensrate: 27%, 5-Jahres-Überlebensrate: 7%). Es versterben nach wie vor mehr Männer als Frauen, wenngleich die Sterblichkeit bei Männern zurückgeht und bei Frauen stetig ansteigt. Lungenkrebs ist die häufigste Krebstodesursache bei Männern und mittlerweile die dritthäufigste bei Frauen. Lungenkrebs tritt in den meisten Fällen ab dem 50. Lebensjahr auf. Bei Rauchern ist allgemein von einem 10fach, bei starken Rauchern (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sogar von einem 20fach erhöhten Risiko gegenüber Nichtrauchern auszugehen. Auch Passivrauchen gilt mittlerweile als gesicherter Risikofaktor. 85% aller Lungenkrebsfälle werden auf das Rauchen zurückgeführt. Ferner

werden berufsbedingte Risiken (Schadstoffe: Asbest, Nickel, Chrom, Cadmium oder Radon), Luftschadstoffe und einseitige Ernährung als mögliche Risiken diskutiert.

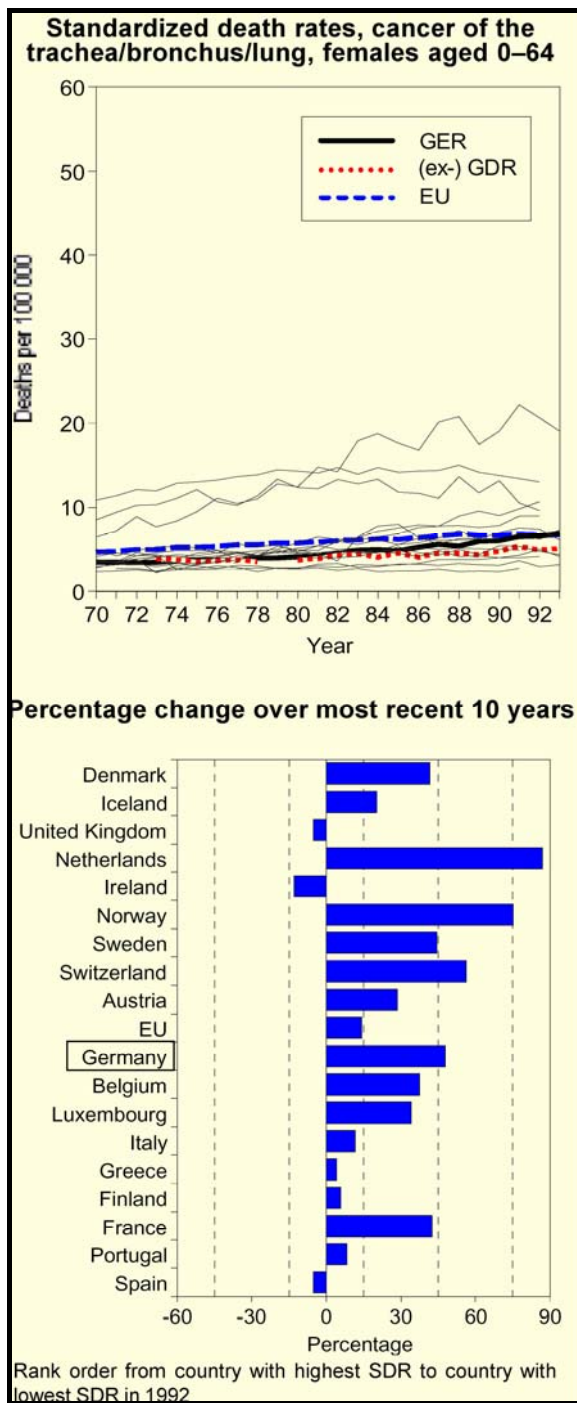


Abbildung 13:

SDR für Krebs der Atemwege bei Frauen. Prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedsstaaten. HOH Germany 1999

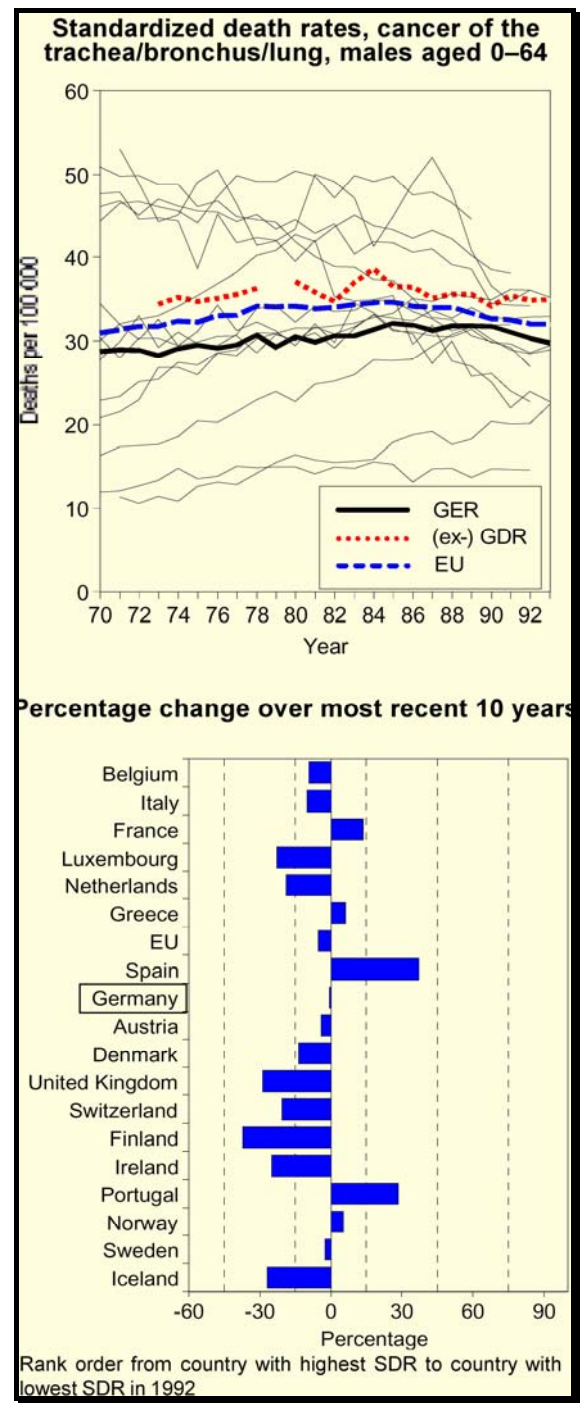


Abbildung 14:

SDR für Krebs der Atemwege bei Männern. Prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedsstaaten. Quelle: HOH Germany 1999



#### 4.3.8.1 Uterus-Carzinome

2% aller Krebserkrankungen sind auf Gebärmutterkrebs sowie Gebärmutterhalskrebs zurückzuführen. Somit ist dies die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Die Sterblichkeit ist stark abhängig vom Alter. Zwischen 50 und 74 Jahren ist die Sterblichkeit doppelt so hoch wie in jüngeren Jahren. Im Anfangsstadium liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 85%, im fortgeschrittenen Stadium bei 70%.

Risikofaktoren sind:

- Humanes-Papilloma-Virus,
- Frauen mit erstem Geschlechtsverkehr vor dem 16. Lebensjahr,
- häufig wechselnde Sexualpartner oder
- mehr als vier Geburten.

Dem heutigen Stand der Medizin ist die kontinuierliche und konsequente Umsetzung der Früherkennungsprogramme und somit eine bedeutende Verbesserung der Sterblichkeit zu verdanken.

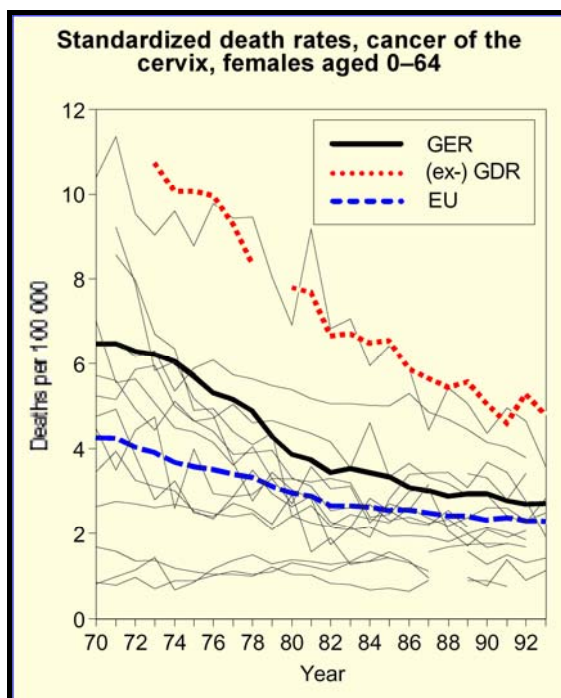


Abbildung 15:  
SDR für Cervix-Krebs.  
Quelle: HOH Germany 1999

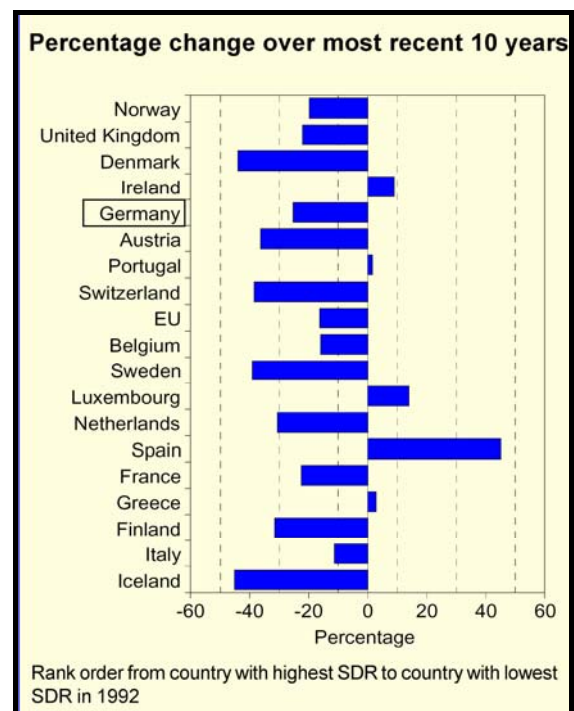


Abbildung 16:  
Prozentuale Veränderung der letzten 10 Jahre im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedsstaaten.  
Quelle: HOH Germany 1999

#### 4.3.8.2 Prostatakrebs

Diese Krebsform ist bei Männern mit 11% aller Krebsformen die zweithäufigste Krebserkrankung. Bei mehr als 30% aller Männer über 70 Jahren wird ein latenter *Prostatakrebs* vermutet. Mit einem Erkrankungsgipfel bei 60 Jahren treten die meisten Erkrankung symptomhaft auf.

Als Risikofaktoren sind bekannt:

- genetische Disposition,
- erhöhte sexuelle Aktivität,
- fettreiche Ernährung.

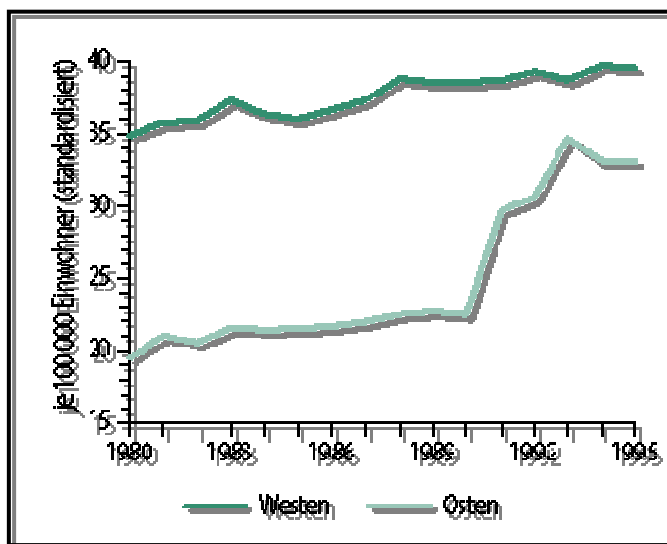


Abbildung 17:  
Prostatakrebs im Vergleich zwischen Ost und Westdeutschland im Zeitraum von 1980-1996.  
Quelle: GBE

Ab dem 45. Lebensjahr ist die regelmäßige Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung anzuraten. Bei einer rechtzeitigen Diagnose ist mit guten Überlebenschancen zu rechnen. Auffällig ist auch hier der Anstieg im Osten Deutschlands um den Zeitpunkt der Wiedervereinigung.

#### 4.3.9 Tod und Verletzung durch externe Ursachen

Diese Kategorie umfasst alle Tode, die nicht somatische Mängel als Ursache haben, vielmehr sind darin enthalten:

- Krankheit hauptsächlich durch Unfälle,
- (versehentliche) Vergiftung,
- Gewalttaten (Morde) und
- Selbstmorde.

Die Trends innerhalb der EU für Sterblichkeit durch äußere Ursachen und besonders durch Verkehrsunfälle sind seit 1970 stagnierend. Wie man aus den entsprechenden Graphen ersehen kann, liegen hierzu nur die Daten aus den alten Ländern vor, während es über die frühere DDR keine verlässlichen und repräsentativen Daten gibt, um gesicherte Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Auf der einen Seite werden viele Variationen beobachtet, so dass als mögliche Ursache Probleme in der Verschlüsselung in Betracht gezogen werden muss. Andererseits ist es wahrscheinlich, dass Unfälle im Straßenverkehr seit 1990 auf eine starke Zunahme des Gebrauchs schneller Verkehrsmittel nach der Wende zurückzuführen ist. Ebenso nahm der Kraftfahrzeugverkehr zu, während sich die Straßenverhältnisse langsamer verbesserten.

1993 zeigte die Sterblichkeit durch äußere Ursache und durch Verkehrsunfälle höhere Werte im Osten als im Westen Deutschlands. Während der vorangegangenen zehn Jahre waren die SDRs für beide Geschlechter unterhalb der Referenzländer.

Das Risiko, in einem Straßenverkehrsunfall in Deutschland zu sterben, gleicht dem EU-Durchschnitt (13 tödliche Unfälle pro 100.000 Einwohner). 1992 gab es 641 Unfallverletzte pro 100.000 Einwohner. Dieser Wert liegt weit über dem EU-Durchschnitt von 477 pro 100.000 Einwohner [Eurostat 1995a].

Sowie die Sterblichkeitsraten von Straßenverkehrsunfällen seit 1980 abgenommen haben, so haben sich auch die Verletzungsraten nach unten entwickelt. Dieser Sachverhalt zeigt die Verknüpfung zwischen Unfall und Verletzung auf, sodass diese Reduzierung auf eine Zunahme der Straßenverkehrssicherheit zurückzuführen ist.

---

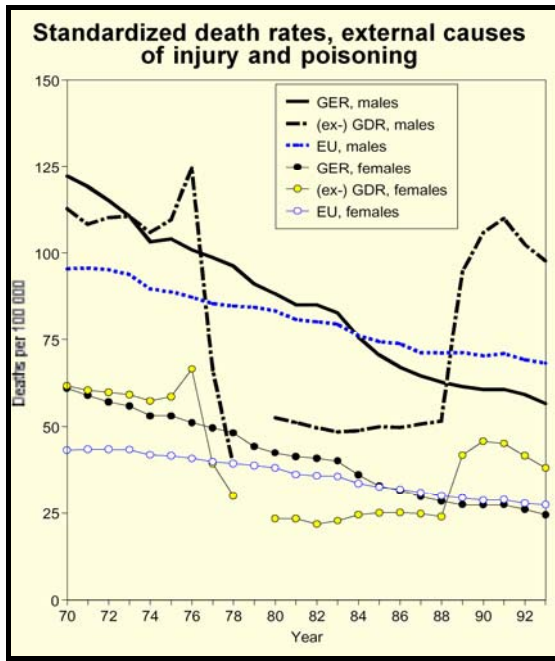


Abbildung 18; SDR durch äußere Ursache:  
Verletzung & Vergiftung.

Quelle: HOH Germany 1999

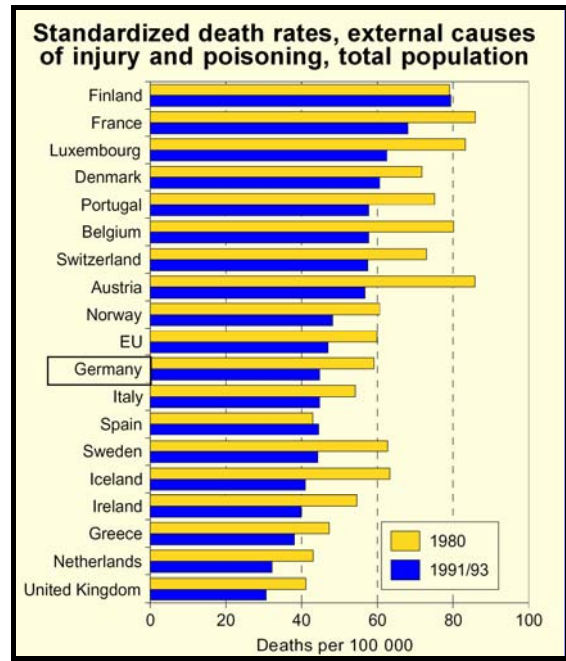


Abbildung 19 SDR im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten.

Quelle: HOH Germany 1999

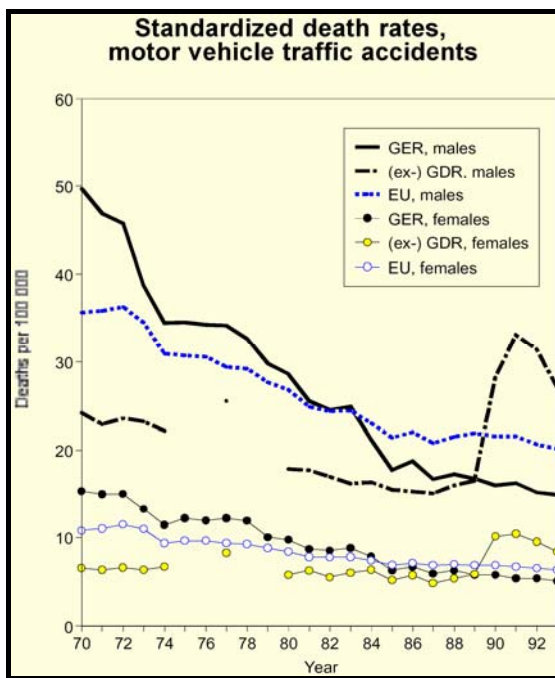


Abbildung 20:

SDR durch äußere Ursache: Verkehrsunfälle.

Quelle: HOH Germany 1999

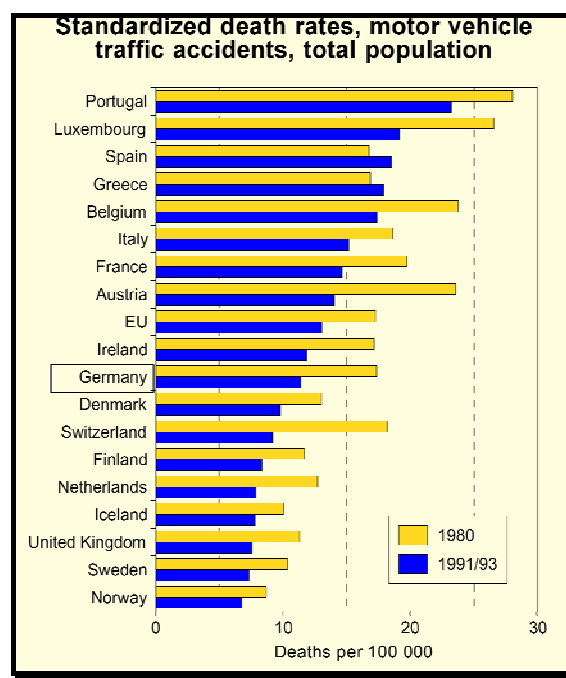


Abbildung 21:

SDR im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten.

Quelle: HOH Germany 1999

### 4.3.10 Aids

AIDS ist die Bezeichnung für eine Gruppe von Krankheitssymptomen, die charakteristisch für das Endstadium der chronisch verlaufenden Infektion mit dem HIV-Virus ist.

Als Folge der fortschreitenden Zerstörung des Immunsystems können im Verlauf der Erkrankung eine Reihe von Krankheiten, wie z.B. Lungenentzündungen, entzündlicher Befall der Speiseröhre durch Hefepilze, Abszesse im Gehirn, das Kaposi-Sarkom usw., auftreten. Derzeit wird bei rund 2.000 Patienten jährlich erstmals die Diagnose AIDS gestellt. Über die Hälfte aller an AIDS Erkrankten lebt in den großstädtischen Ballungsräumen. 80% sind zum Zeitpunkt der Diagnose 25 bis 49 Jahre alt. Hauptübertragungswege sind ungeschützter Geschlechtsverkehr oder der Mehrfachgebrauch von Spritzen bei Drogenabhängigen. Auch heute wird AIDS durch die Erkrankungsfälle der homo- bzw. bisexuellen Männer und der intravenös Drogenabhängigen bestimmt. 1996 waren 17% der Infizierten Frauen. Die Behandlungskosten eines AIDS-Patienten können bis zu 60.000€ im Jahr betragen.

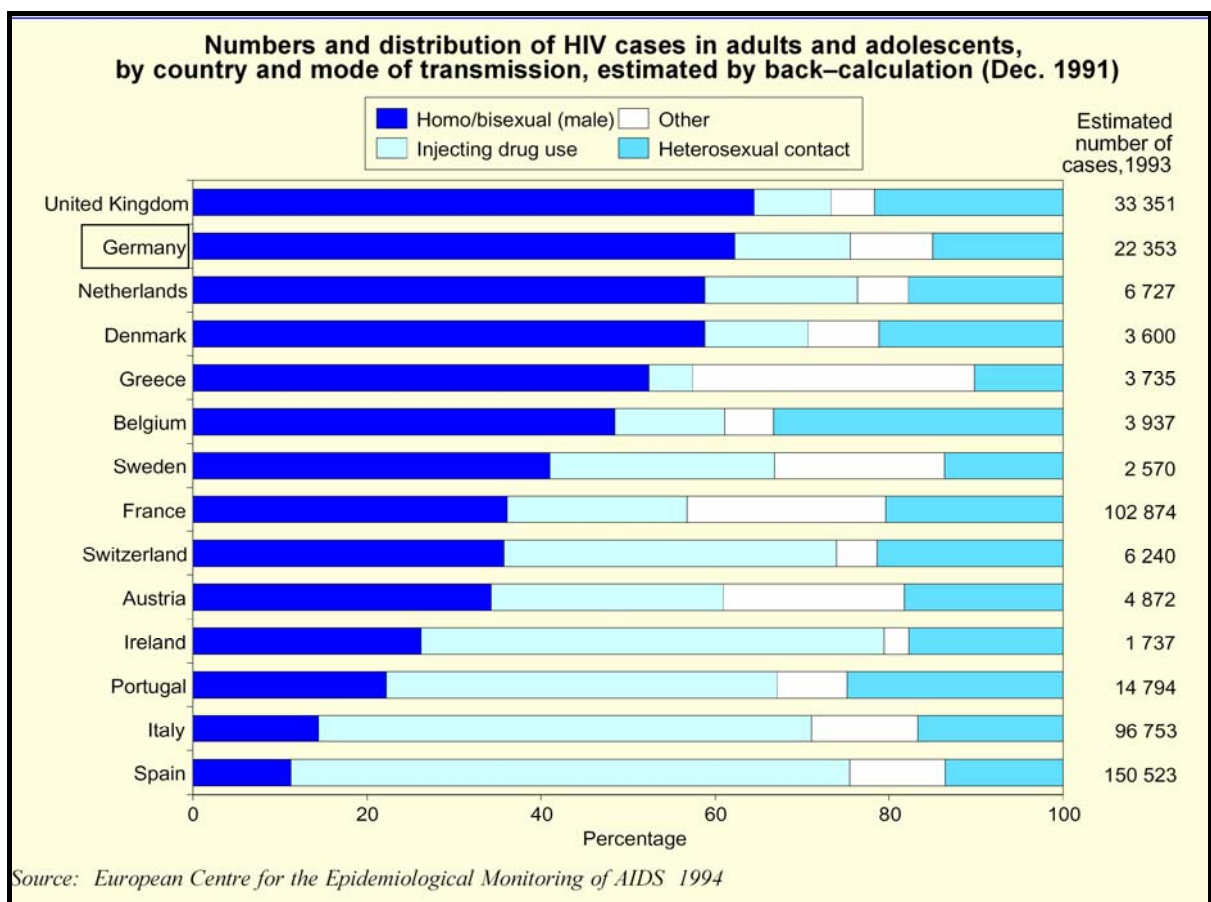


Abbildung 22:

In mehr als 2/3 der HIV-Erkrankungen wurde homo/bisexual Kontakt (68.5%) beschrieben, gefolgt von intravenöser Drogenkonsum (13%) und heterosexueller Kontakt (6.5%).

Anzahl und Verteilung von HIV-Erkrankungen. Geordnet nach Ländern und Übertragungsweg für 1999.  
Quelle: HOH 1999

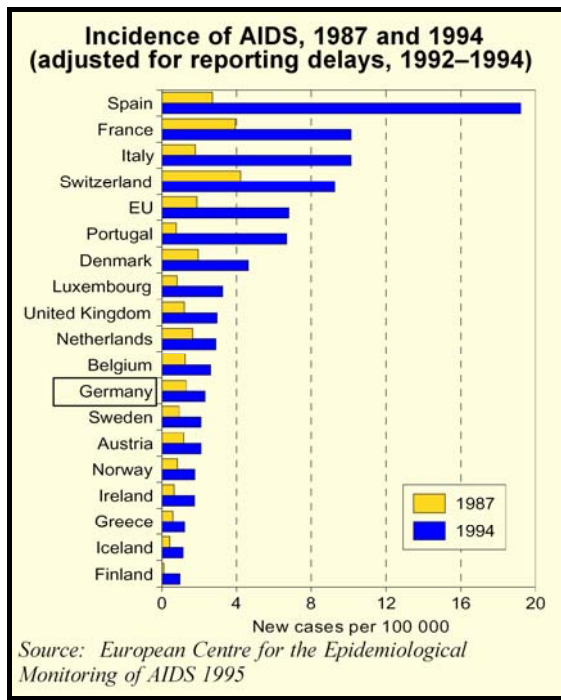


Abbildung 23:

Zu beachten gilt hierbei, dass bei Erstdiagnose HIV bis zur klinischen symptomhaften AIDS Erkrankung ein Zeitfenster von 10 und mehr Jahren zu erwarten ist.

Inzidenzrate für AIDS zwischen 1987 und 1994.

Quelle : European Centre for the epidemiological monitoring of AIDS 1995

### 4.3.11 Zusammenfassung des Gesundheitsstatus

#### 4.3.11.1 Positive Trends

Die Verbesserung der Gesundheit in Deutschland liegt in der konstanten Erhöhung der Lebenserwartung. Als Ursache dafür kann die Reduzierung der häufigsten Todesursachen angeführt werden.

Der Anstieg der Lebenserwartung ist durch eine Verbesserung bei der Vermeidung von vorzeitigem Tod der männlichen Bevölkerung im Alter um die 65 Jahre begründet. Kinder- und Müttersterblichkeit haben sich seit 1980 signifikant reduziert. In den frühen 90er Jahren waren beide unter dem EU Durchschnitt.

Sterblichkeit durch äußere Ursachen (wie Unfälle, einschließlich Vergiftungen und Gewaltverbrechen) haben seit 1980 eine große Reduzierung erfahren. Die Verringerung der Standardisierten Sterblichkeitsrate (SDRs), im Speziellen bei Straßenverkehrsunfällen und Selbstmorden, ist bei beiden Geschlechtern hervorzuheben.

#### 4.3.11.2 Negative Trends

Im Jahre 1993 lag die Lebenserwartung trotz einer überdurchschnittlichen Zunahme während der 80er Jahre immer noch beträchtlich unterhalb des EU-Durchschnitts.

Die Standardisierte Sterblichkeitsrate für Männer wie auch für Frauen blieb trotz ebenfalls beträchtlichen Reduktionen seit 1980 über den EU-Durchschnitt für Kardiovaskuläre Krankheiten (CVDs) und ischämisch bedingte Herzkrankheit. Die allgemeine

Krebssterblichkeit liegt in der weiblichen Bevölkerung immer noch höher als der EU-Durchschnitt, während jene für Lungenkrebs in dieser Bevölkerungsgruppe verglichen mit den EU-Referenzländern (15 Länder plus Island, Norwegen und Schweiz) durchschnittlich lag.

Obwohl es beträchtliche Bemühungen gab, die Todesraten zu verringern, traten die Hauptrisikofaktoren (Hypertonie, erhöhtes Cholesterin, Fettleibigkeit) in den frühen 90ern für diese Krankheiten immer noch häufig auf. Essensgewohnheiten, besonders die hohe Einnahme von Tierfetten und Eiweiß, sowie relativ hoher Alkoholkonsum können diese Situation nur teilweise erklären.

#### **4.4.1 Institutionen und Ressourcen**

Die Grundlage des versicherungsbasierten Gesundheitssystems geht auf Bismarck im Jahre 1883 zurück. Diese Grundstruktur hat sich seither bis zur Wiedervereinigung Deutschlands wenig verändert. Im Kontrast hierzu übernahm die DDR nach dem Zweiten Weltkrieg das System der öffentlich finanzierten und gelieferten Dienste nach sowjetischem Vorbild. 1991, nach der Wiedervereinigung, folgte die Anpassung an das westliche System, wobei die Finanzierung des Gesundheitssystems und die Leistungserbringung der neuen Länder radikal reformiert wurden. Die Bundesregierung stellt die regulierenden Rahmenbedingungen und die Länder lieferten mit ihrer Verantwortlichkeit die Bereitstellung des Gesundheitssystems. Sie hält die großen Kapitalanlagen für Krankenhäuser bereit, sie hilft, medizinische Ausbildung und die Konstruktion von Krankenhäusern bereitzustellen, und ist bis heute einer der Haupteigentümer der Krankenhäuser (zusammen mit Gemeindeverwaltungen und wohltätigen Organisationen).

Die Kapitalträger für die Gesundheit und die Abnehmer (hauptsächlich die Krankenkassen) sind strikt getrennt. Abnehmer sind dezentral selbstverwaltete gemeinnützige Krankenkassen, welche sich durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch finanzieren. Der Arbeitnehmerbeitrag ist ein fester Prozentsatz der Bruttosumme des Einkommens (1997 lag er durchschnittlich bei 13,3% und reichte von 9,0% bis zu 15,3%) und ist unabhängig vom Gesundheitsrisiko (wie Raucher, Nichtraucher, Betreiber von gefährlichen Sportarten etc.). Arbeitslose werden von einer obligatorischen Krankenversicherung versorgt, welche durch den Staat finanziert wird. 1994 wurde ein komplexes Finanzausgleichssystem erarbeitet, berechnet aus Alter,

---



Geschlecht und geographischen Faktoren der Versicherten. Seit 1990 hat sich die Anzahl der Krankenkassen von 1300 auf 600 reduziert, von denen weniger als 10 % private Kassen sind. [Schulenberg 1994, Bundesministerium für Gesundheit 1997a und 1997b, Europäisches Parlament 1998]

<b>Health personnel per 1000 population</b>				
	<b>DEU</b>		<b>EU</b>	
	<b>1992</b>	<b>% of 1980</b>	<b>1991–93<sup>a</sup></b>	<b>% of 1980</b>
Physicians	3.2	139	2.7	143
Dentists	0.7	140	0.6	125
Nurses (1989)	5.2	130	6.0	129

<sup>a</sup> Or latest available year  
*Source: OECD 1995*

Abbildung 24:  
 Ärzte, Zahnärzte,  
 Krankenschwester/-  
 pfleger pro 1000  
 Einwohner  
 im Zeitraum 1980  
 und 1992.

1997 haben 75% der deutschen Bevölkerung eine gesetzliche Krankenversicherung abgeschlossen. Ihr Einkommen lag unter der Pflichtversicherungsgrenze bzw. waren sie arbeitslos. 13 % sind freiwillig in die gesetzliche Krankenkasse eingetreten, 10 % - hauptsächlich Staatsbedienstete - wurden von ihrem Arbeitgeber finanziert. Die Mehrzahl der verbleibenden Populationen hat einen privaten Gesundheitsschutz abgeschlossen. Weniger als 0,5 % waren nicht versichert. Seit 1995/96 sind die Versicherten frei in ihrer Versicherungswahl, können somit von einer GKV (gesetzlichen Krankenversicherung) zur anderen wechseln (vierteljährliche Beschränkung). Am Anfang hatte diese Kassenwahlfreiheit in der Praxis keine Auswirkung, da alle relevanten Parameter, z.B. Prämien-Berechnungen oder Leistungen und Preise für alle Kassen gleich waren. Seit Mitte der 90er Jahre hat ein Wettbewerb unter den Kassen begonnen. [Bundesministerium der Gesundheit 1997b, Europäisches Parlament 1998]

Deutschland verzeichnet einen Mangel an Pflege und Fachkräften in allen Bereichen des Gesundheitswesens, obwohl ihre Zahl sich in der ersten Hälfte der 90er Jahre erhöhte. Neu qualifizierte Fachkräfte in der Pflege und in der medizinischen Versorgung haben damit begonnen, in privaten Unternehmen private Hauspflege zu betreiben. [Moran 1992 Europäisches Parlament 1998] Die Zahl der Krankenschwestern pro 100 Ärzte ist eine der niedrigsten in der EU. Nur in den mediterranen Ländern gibt es noch niedrigere Zahlen.



Die medizinische Ausbildung in Deutschland wird sich einer Reform unterziehen müssen. Nach dieser Reform werden wahrscheinlich einige Medizinische Hochschulen ihren Lehrplan ändern müssen, um eine Steigerung der Effizienz und der Qualität der Bildung zu erreichen und gleichzeitig die Gesamtkosten zu verringern. [Cooper-Mahkorn 1999] Ein weiteres Problem stellt die hohe Anzahl der Fachärzte im Vergleich zu den Allgemeinärzten dar. [Europäisches Parlament 1998]

#### **4.4.2 Stationäre und ambulante Grundversorgung**

Die Organisation der Grundversorgung ist in Deutschland viel komplexer als in anderen Ländern, teils wegen der traditionellen scharfen Trennung zwischen Krankenhaus und ambulanter Behandlung, teils weil die ambulante Behandlung von Hausärzten und Fachärzten geliefert wird.

Im Allgemeinen behandeln Hausärzte keine Patienten im Krankenhaus und ebenso umgekehrt: Krankenhäuser betreiben keine "outpatient clinic" (ambulante Versorgung). Dies führt zur Vervielfältigung technischer Ausrüstung und Wiederholung von diagnostischen Tests. Das 1993 eingeführte Strukturreformgesetz sollte für dieses Problem eine Verbesserung herbeiführen. Seither ist es Hausärzten und Fachärzten erlaubt, auch krankenhaushängige Behandlungen durchzuführen, z.B. Operationen. So kommt auch im Gegenzug der Aspekt „ambulante Behandlung“ in die stationären Krankenhäuser. Durch diese Reform kann zumindest das große finanzielle Problem der technischen Ausnützung angegangen werden. [Schulenburg 1994, Europäisches Parlament 1998]

Lokale öffentliche Gesundheitseinrichtungen liefern soziale und psychiatrische Dienste, Familiendienste, Mutter und Kindersorge, Beratungsstellen wie z.B. Aufklärung bei HIV, Schwangerschaftsabbruch bis hin zu Schulproblemen bei Kindern. Der Zugang wird für jede Person ohne Rücksicht auf ihren Versicherungsstatus gewährleistet und von der Regierung finanziert.

Die Verbindung und Kommunikation zwischen den gesundheitserbringenden Einrichtungen und dem Gesundheitssystem muss als gering angesehen werden. [OECD 1992] So kommt es auch, dass diesen Diensten im öffentlichen Gesundheitswesen eine geringe Priorität zugeordnet wird.

---

#### **4.4.2.1 Hausärzte**

Es gibt keine Begrenzung in der Beanspruchung von ambulanter Leistung. Zudem ist ein Großteil der Leistungen kostenfrei. Weiterhin sind die Versicherten frei in der Arztwahl, jedoch können sie nur einen Allgemeinarzt pro Quartal beanspruchen. Nach einem jedem Quartal können sie den Allgemeinarzt wechseln. [Iglehart 1991a] Versicherte über 35 Jahren können alle zwei Jahre einen Gesundheits-Check-up beanspruchen, hauptsächlich um CVD, Nierenkrankheiten und Diabetes zu erkennen. [Bundesministerium 1997a]

Allgemein- und Fachärzte dürfen Grundversorgung betreiben. 1995 waren 60% der Ärzte, die Grundversorgung betrieben, in einem Fach spezialisiert. Es gibt eine Dominanz selbstständiger Ärzte in privaten Einzelpraxen, obwohl die Gemeinschaftspraxen seither zunehmen. Um versicherte Patienten behandeln zu dürfen, muss eine Kassenzulassung des jeweiligen Arztes bestehen. Die Zulassung wird von regionalen Verbänden vergeben und überwacht (Kassenärztliche Vereinigung). Diese Verbände sind im engeren Sinn die bezahlende Institution an die Ärzte. Sie verfolgen die Abrechnung zwischen Arzt und Krankenkasse. Allgemein haben die Hausärzte die Kontrolle über die Einweisung in das nächst gelegene Krankenhaus. Jedoch haben sie keine direkte Kontrolle als „Gate-Keeper“, da die Patienten jederzeit auch einen Facharzt aufsuchen können. [OECD 1992, Moran 1992 Bundesministerium für Gesundheit 1997b]

Primär werden Allgemeinärzte durch eine leistungsorientierte Bezahlung finanziert, wobei dieses System sich an einer „gleichwertigen Wertscala“ misst. Diese Scala wurde von den jeweiligen Ländern nach einer komplexen Berechnung aufgestellt. Es gab in diesem Zuge jedoch auch kontroverse Diskussionen über die Einführung einer kopfgerechten Kostenverteilung, d.h. die Einführung eines fixen Betrages pro Person. [OECD 1992, Schulenburg 1994]

#### **4.4.2.2 Pflege in der Grundversorgung:**

Pflege wird von sozialen Institutionen bereitgestellt. Diese werden hauptsächlich von öffentlichen Versicherungsgesellschaften und religiösen Organisationen betrieben. Andere medizinische Kräfte sind oftmals bei den Ärzten selbst angestellt.

#### **4.4.2.3 Apotheken:**

Es gibt keine Beschränkung der Apothekenzahl in Deutschland. Vielmehr wurde versucht, den Gebrauch von Medikamenten zu kontrollieren und einen effektiven Gebrauch zu

---

garantieren. Bis Mitte der 90er Jahre galten Preisrichtlinien für Medikamente der gleichen Gruppe. Im Jahre 1996 wurde eine Liste von Medikamenten vorgestellt, die nicht Rückerstattungsberechtigt waren. Zusätzlich gab es Restriktionen für die Erhöhung des Budgets der verschiedenen Medikamente, 1997 verwarf man dieses Budgetmodell jedoch zusammen mit dem Budget für ambulante Ausgaben. Es gibt Pläne für die Erstellung einer Positivliste, die verschreibungspflichtige Medikamente zusammenfasst.

#### **4.4.3 Krankenhaus**

Früher war die ambulante Krankenversorgung von der stationären Versorgung (Krankenhaus) strikt getrennt. Daher wurden Krankenhäuser in Deutschland von Patienten nur für stationäre Behandlungen benutzt. Seit Mitte der 90er Jahre haben Krankenhäuser die Möglichkeit, auch ambulante Behandlungen sowie Operationen durchzuführen. Die Aufnahme in ein Krankenhaus setzt eine Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt voraus.

Die Behandlung ist für Kinder und Rentner kostenlos. Andere Patienten müssen kleine Beiträge leisten, welche sich in den letzten Jahren im Sinne der allgemeinen Kostensteigerung im Gesundheitswesen erhöht haben. [OECD 1992, Europäisches Parlament 1998] Früher wurden Krankenhäuser im Einverständnis mit dem Krankenhaus, den Krankenkassen und dem Land per Tagessatz bezahlt. Diese Struktur zusammen mit der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wird als Ursache für verlängerte Krankenhausaufenthalte vermutet. Die Aufenthalte liegen für Deutschland in der EU an der oberen Spitze. Hieraus entstanden enorme sich multiplizierende Kosten. Deshalb wurde 1994 eine Serie von Reformen gestartet. Krankenhäuser erhalten jetzt eine Vergütung, die aus drei Teilen besteht: eine allgemeine Kostendeckung pro Tag für Verpflegung und Unterkunft, einen stationsspezifischen Zuschlag für entsprechende qualifizierte Stationseinrichtungen und –arbeiten (z.B. Intensivmedizin vs. Allgemeine Chirurgie) sowie einen Pauschalbetrag für standardisierte Behandlungsabläufe. [Europäisches Parlament 1998]

Im Vergleich mit anderen EU-Ländern gab es in Deutschland keine signifikante Reduktion von Krankenhausbetten. In der Mitte der 90er Jahre hatte Deutschland immer noch die höchste Anzahl von Intensivbetten pro 1000 Einwohner in der EU. [OECD 1995b] Hierbei bestehen große regionale Unterschiede bestehen, z.B. wurden 1992 6,5 Betten pro 1000

---

Einwohner in Schleswig-Holstein belegt, aber 10,6 Betten in Bremen sowie 11,0 in Berlin. [Statistisches Jahrbuch 1994]

Aufgrund der hohen Bettenzahl in den Krankenhäusern wurden kurzzeitig auch Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt stationär behandelt werden mussten. Um diese Situation zu korrigieren, wurde ein neues Gesetz eingeführt (1995). Die Regelung sah vor, dass eine bedarfsgerechte Finanzierung bei Selbstversorgung durch Familie und Angehörige bereitgestellt werden sollte. [Bundesministerium der Gesundheit 1997a]

Seit April 1995 wurden Leistungen für Eigenversorgung ermöglicht. Die Einführung von halbinstitutionellen und kurzen Aufenthalten wurde somit im Juli 1996 ermöglicht. Dieses Schema ist separat finanziert, entweder durch die gesetzliche oder private Versicherung. [Gesundheitsministerium 1997b]

#### **4.4.4 Privater Sektor**

Es gibt wenig Unterschiede zwischen dem öffentlichen und privaten Bereich hinsichtlich der sekundären Versorgung. Die meisten Krankenhäuser sind staatlich. 15% der Krankenhäuser liegen in privater Hand, diese stellen jedoch mit weniger als 7 % einen kleinen Teil der gesamten Krankenhausbetten dar. [Iglehart 1991b, Europäisches Parlament 1998]

#### **4.4.5 Gesundheitsausgaben**

Internationale Vergleiche der Gesundheitssysteme sind sehr schwer anzustellen, da sich die Definitionen der Gesundheitsstatistiken in einzelnen Abrechnungsverfahren unterscheiden. Eine verständliche Studie [Schneider et. al 1995] versuchte, die Vergleichbarkeit durch die Präsentation eines Sets von Indikatoren basierend auf angepassten staatlichen Daten zu verbessern. Deutschland ist eines der EU-Länder mit dem größten Anteil am BIP, der für das Gesundheitswesen ausgegeben wird (10,3% 1994).

---

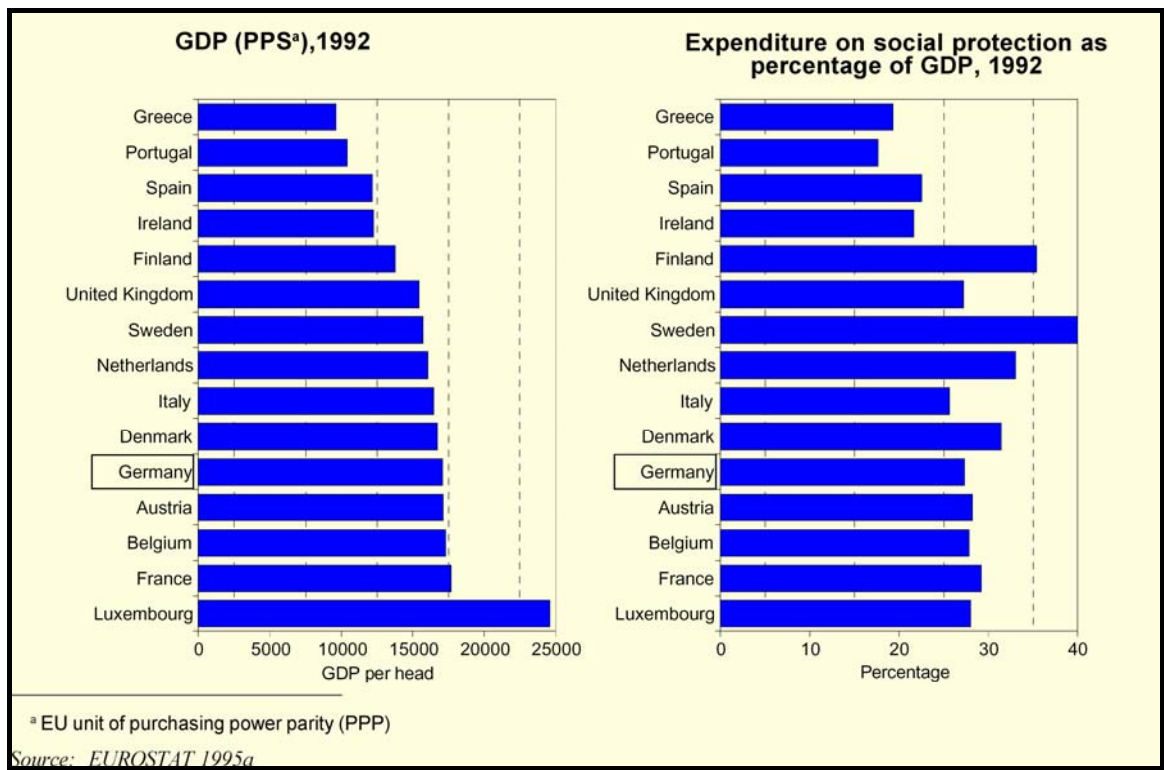


Abbildung 25: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten.

Quelle: HOH Germany 1999

Abbildung 26: Ausgaben für das Gesundheitswesen in % des Bruttoinlandsprodukt im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten.

Quelle: HOH Germany 1999

Bis 1990 stiegen die Gesundheitsausgaben fast linear mit dem Anstieg des jährlichen Wirtschaftswachstums. In den letzten zehn Jahren hat das Wachstum der Gesundheitsausgaben verglichen mit dem BIP jedoch stärker zugenommen. Die Kosten der Wiedervereinigung, die älter werdende Bevölkerung und die neuen Technologien können als Hintergrund für diesen Anstieg genannt werden. [Iglehart 1991b, Europäisches Parlament 1998] 1992 war die Position der BIP-Verwendung für ambulante Behandlungen und Medikamente der drittgrößte innerhalb der EU. Allerdings lagen die Ausgaben der Pflege trotz eines markanten Anstiegs seit 1980 knapp unter dem EU-Durchschnitt.

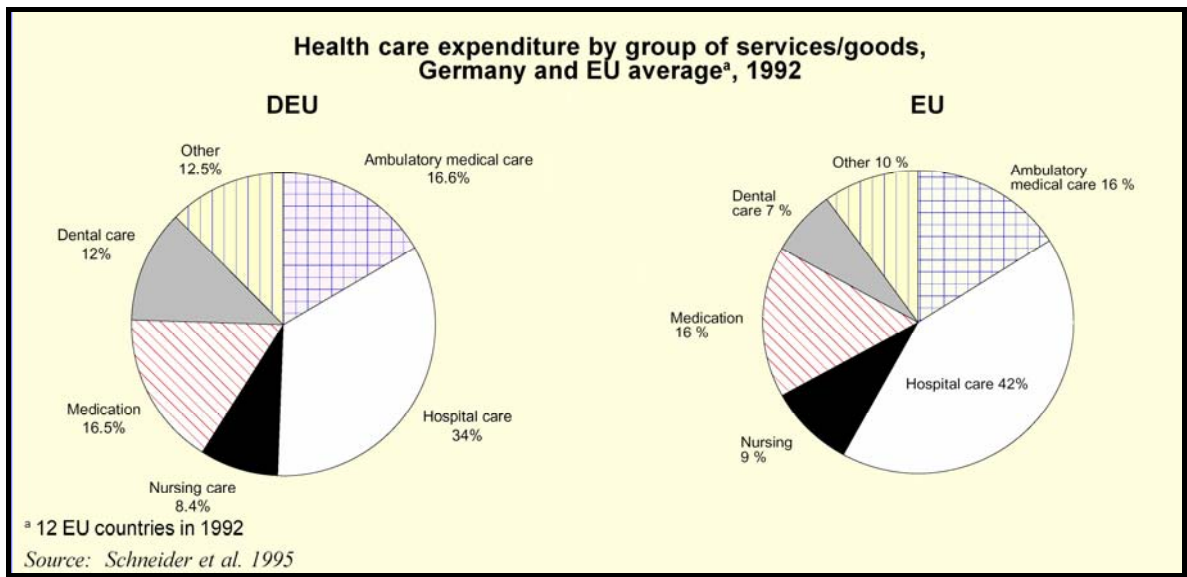


Abbildung 27: Aufteilung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsgruppen  
Im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt HOH Germany 1999

Teilt man das deutsche Gesundheitssystem hinsichtlich Leistungen in einzelne Bereiche auf, so zeigt sich, dass Deutschland im Verhältnis zum EU-Durchschnitt einen überdurchschnittlichen Betrag für zahnärztliche Versorgung ausgibt. Der Anteil an Medikamenten, ambulanter medizinischer Versorgung und Pflege gleicht in etwa dem des EU-Durchschnittes.

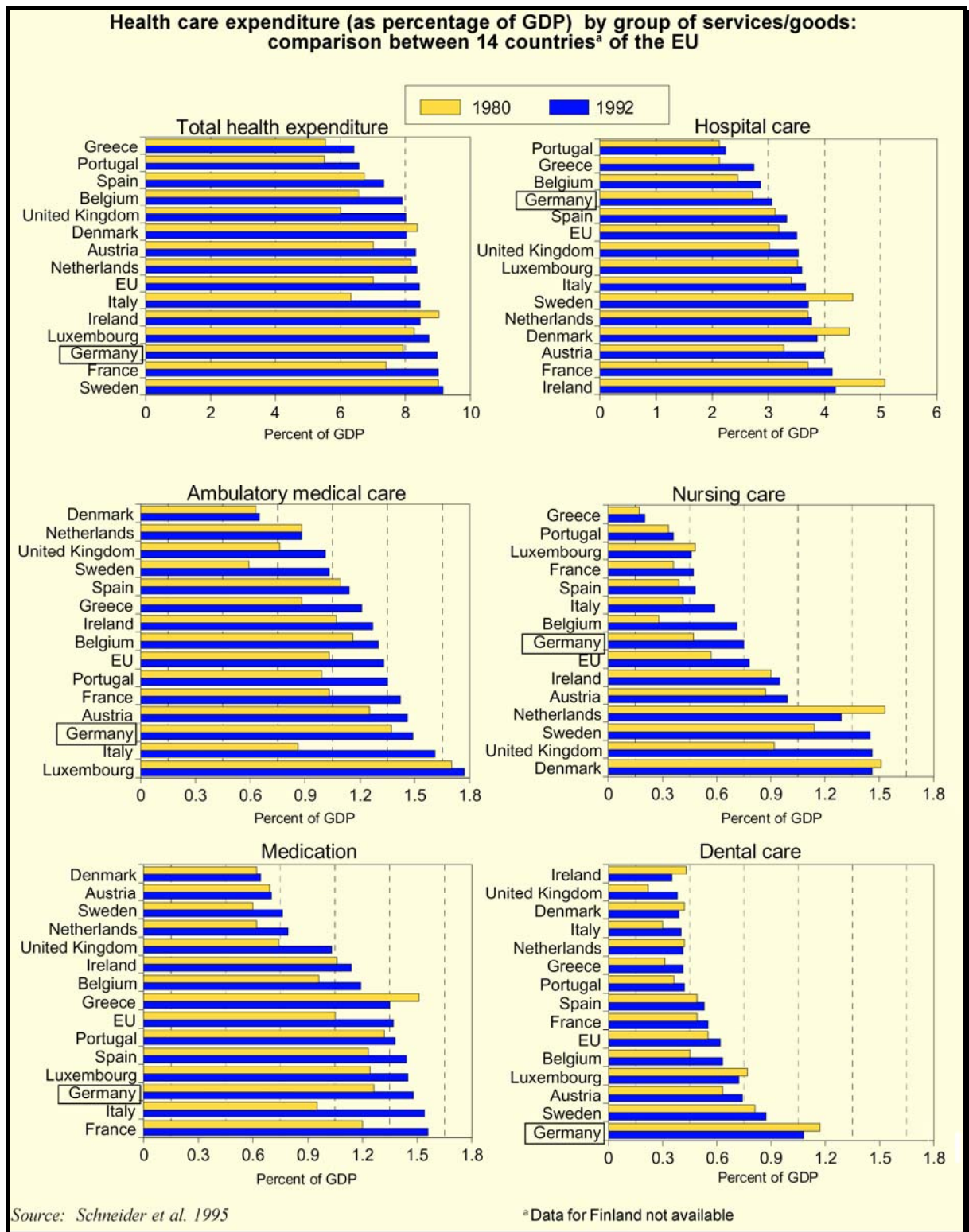


Abbildung 28: Aufteilung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsgruppen  
im Vergleich mit EU-Mitgliedsstaaten. HOH Germany 1999

#### **4.4.5 Gesundheitsreformen**

Das deutsche Gesundheitswesen ist in den vergangenen 25 Jahren mehreren großen Reformen unterzogen worden.

- Kostendämpfungsgesetz von 1977
- Gesundheitsreformgesetz von 1988
- GSG- Gesundheitsstrukturgesetz von 1992
- GKV- Gesundheitsreformgesetz 2000
- GMG- Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003

Das Bestreben dieser Gesetzesmaßnahmen war in aller Regel das Stoppen der Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen.

Betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz 1970 noch 8,2%, so waren es 1980 bereits 11,4% und 1990 schon 12,5%. Nach einigen Jahren vergleichweiser Stabilität hat sich der Beitragssatzanstieg in den letzten Jahren weiter beschleunigt und im Jahre 2002 überschritt der durchschnittliche Beitragssatz erstmalig die 14% Marke. [Gesundheitsreform 2004 Economica Wirtschaft in der Praxis 2003] Die lange Zeit gesuchte Ursache des krankenden Gesundheitswesens glaubte man in dem Begriff „Kostenexplosion“ gefunden zu haben. Dabei geht man heute davon aus, dass den gestiegenen Ausgaben eher geringe Einnahmen gegenüber standen. Das Problem liegt in der Finanzierung, die nicht durch ökonomische und demographische Faktoren korrigiert wurde.

Nachfolgende soll auf die angeführten Reformgesetze näher eingegangen werden (beginnend ab 1992).

##### **4.4.5.1 Gesundheitsstrukturgesetze:**

Unter der damaligen Führung des amtierenden Gesundheitsministers Horst Seehofer wurde das GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) zum 1. Januar 1993 ratifiziert. Es setzt die Tradition der Kostendämpfungsgesetze fort, beinhaltet jedoch erstmals Elemente, die suffizient waren, eine Strukturänderung herbeizuführen.

Die Maßnahmen des GSG sollte in zwei Stufen erfolgen.

---



Im Vordergrund der ersten beiden Stufen standen:

- Kassenwahlfreiheit und Kontrahierungszwang
- Einführung eines Risikostrukturausgleichs
- Erstellung eines verbindlichen Leistungskatalog der Krankenkassen

Erreicht werden sollte wiederum eine Stabilisierung des Beitragssatzes:

- durch sektorale Budgetierung

#### **Im Stationären Bereich:**

- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzip
- Möglichkeit zur vor und nachstationären Behandlung
- Ambulante Operationen
- Einführung der Pflege-Personal-Regelung (PPR)

#### **Im Ambulanten Bereich:**

- Begrenzen der Anzahl der Vertragsärzte durch Planungsrichtlinien
- Einführung des Punktwertesystems der betreffenden Abrechnungsperiode (floating point)
- Erhöhung der Zuzahlung
- Erstellung ein Positivliste für verordnungspflichtigen Medikamente

#### **Inhalte der 3. Stufe:**

Wie auch die vorhergehenden Reformvorhaben hat dieses GSG nur zur kurzzeitigen Entlastung des Beitragssatzes geführt, weshalb bereits bei der Durchführung dieser Maßnahmen über eine „dritte Stufe“ der GSG diskutiert wurde.

Über der Ausgestaltung dieser “dritten Stufe“ zerbrach die große Koalition um Horst Seehofer. Inhaltlich wurden deshalb viele vorhergehende Maßnahmen wieder rückgängig gemacht.

Im Wesentlichen wurden folgenden die Inhalte diskutiert:

- Globalbudgetierung
  - Flexibles Vertragsrecht
  - Positivliste ersatzlos streichen
-

Während der Diskussion um die dritte Stufe des GSG wurde von der Regierung ein Sparpaket verabschiedet, das auch das Gesundheitswesen betraf.

Relevante Gesetze waren das Beitragsentlastungs- und das Entgeltfortzahlungsgesetz.

**Beitragsentlastungsgesetz:**

- Festschreibung der GKV Beitragssätze
- Reduzierung der Beitragssätze um 0,4 % im Jahre 1997
- Zuzahlungserhöhungen und eine Einschränkung des Leistungskatalogs

Das Entgeltfortzahlungsgesetz sah im Wesentlichen eine Reduktion der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 100 auf 80% vor. Jedoch fand dieses Gesetz keine Anwendung.

Weitere Gesetze, wie das Krankenhausneuordnungsgesetz und das GKV-Weiterentwicklungsgesetz, wurden vom Bundestag vorgeschlagen, fanden ihre Anwendung dann erst wieder in den Gesetzentwürfen der 1. und 2. NOG (Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung).

**1. NOG:**

Das erste Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltete z.B. die Koppelung der Beitragssatzerhöhung an die Zuzahlung der Arzneimittel, eine außerordentliches Kündigungsrecht für die Versicherten und weitere Zuzahlungserhöhung verbunden mit dem sog. Krankenhausnotopfer.

**2. NOG:**

Das 2. NOG befasste sich mit der Ausgestaltung von Leistungen der GKV: freiere Gestaltung für die Krankenkassen in Bezug auf Selbstbehalt, Kostenerstattung und Beitragsrückerstattung. Die Pflege-Personal-Regelung (PPR) und die Großgeräteplanung wurde ausgesetzt.

**Vorschaltgesetz:**

Mit dem Wechsel der Regierungskoalition nach den Bundestagswahlen 1998 und dem damit verbundenen Wahlversprechen wurde ein Gesetz auf den Weg gebracht, das verstärkt auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip aufbaut (Vorschaltgesetz). Der

---

Wesenszug dieser Vorschaltung war ein Abbau von sozialen Ungerechtigkeiten und im Wesentlichen eine Rücknahme der dritten Stufe der Gesundheitsreform.

Dies implizierte die Rücknahme der Kopplung (Beitragssatzerhöhung an die Zuzahlung) und die freie Gestaltung der Krankenkassen (nur noch gültig für die PKV).

#### **4.4.5.2 GKV Gesundheitsreformgesetz 2000**

##### **Hausärztliche Versorgung:**

Das Gesetz soll dem Hausarzt eine koordinierende Rolle zusprechen. Der Begriff „Gate-keeping“ wurde eingeführt. Beschlossen wurden die erlaubte Weiterleitung von Befunden nach Einwilligung des Patienten und ein eigenes Honorarbudget. Dies soll die Position der Hausärzte stärken und zu mehr Eigenständigkeit führen.

##### **Arzneimittelversorgung:**

Erneut wurde die Positivliste vorgelegt, verbunden mit der ebenfalls wiederholten Einrichtung des Instituts für Arzneimittelversorgung.

##### **Verbesserung des Patientenschutzes**

##### **Rehabilitation:**

Das Schlagwort „Rehabilitation vor Berentung“ wurden zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes im §20, SGB V Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe als Leistung der GKV vorgesehen.

##### **Stationäre Versorgung:**

Ein neues Vergütungssystem unter Beibehaltung der dualen Finanzierung sowie Aspekte der Qualitätssicherung in Bezug auf die Ergebnisqualität wurden durch die gemeinsame Selbstverwaltung beschlossen.

#### **4.4.5.3 GMG Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003**

Im Folgenden sollen stichpunktartig die Maßnahmen des GMG 2003 aufgeführt werden:

##### **Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität:**

- Berufung eines Patientenbeauftragten
  - Ausbau der Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität in der Krankenversicherung
-

- Einführung einer „intelligenten Gesundheitskarte“ ab 2006 als Ersatz der bisherigen Versichertenkarte, welche auch Gesundheitsdaten z.B. Daten zur Notfallversorgung enthalten
- Wahlmöglichkeiten des Versicherten zur Kostenerstattung
- Größere Auswahl und Gestaltungsmöglichkeiten beim Versicherungsumfang

**Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung:**

- Aufbau eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (bzw. vergleichbare Institution)
- Internes Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Fortbildung im Arztwesen

**Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen:**

- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten
- Erlaubnis zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren
- Krankenkassen dürfen und sollen direkte Verträge mit Hausärzten schließen.
- Weitere Öffnung der Krankenhäuser bzgl. ambulanter Leistungserbringung

**Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich:**

Die bisherige Gesamtvergütung der Krankenkassen an die KV erfolgt ab 2007 über das Modell der „Regelleistungsvolumina“, die morbiditätsorientiert angepasst und verteilt werden soll. Ziel ist es, dass die Krankenhäuser wieder stärker das Morbiditätsrisiko tragen sollen.

Anpassung der Einkünfte vertragsärztlicher Vergütung zwischen den alten und neuen Ländern

Wirtschaftlichkeitsprüfung durch spezialisierte Personen, welche regelmäßig Rechenschaftsberichte ablegen sollen.

**Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln:**

- Nicht Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen.
  - Die Apotheken erhalten künftig anstelle des ausschließlich vom Industrieabgabepreis abhängigen Zuschlag ein fixes Abgabehonorar von 8,10€ je Packung und einen Zuschlag von 3% auf den Apothekeneinkaufspreis.
  - Der Versandhandel von Arzneimitteln wird zugelassen.
-

- Aufhebung des Mehrheitsverbots von Apotheken in Grenzen, Künftig darf eine Apotheke bis zu drei Filialapotheken haben.

**Reform der Organisationsstrukturen:**

Veränderungen im Vertrags-, Organisations- und Leistungsrecht soll mehr Flexibilität schaffen. Dadurch verbunden erhofft man sich eine Entbürokratisierung des Gesundheitswesens und ihrer Akteure.

**Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz:**

Die Versorgung mit Zahnersatz soll künftig voraussichtlich alleine die Aufgabe der Versicherten sein. Wobei diese evtl. einen einheitlichen Betrag an die Krankenkassen entrichten sollen. Die Kassen wiederum müssen dem Versicherten eine obligatorische Zusatzkrankenversicherung anbieten.

**Neuordnung der Finanzierung:**

- Ab 2006 soll das Krankengeld nur noch von den Mitglieder durch einen zusätzlichen Beitragssatz finanziert werden.
- Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisationen, die nicht medizinisch begründet sind, werden aus dem Leistungskatalog gestrichen.
- Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen beschränkt sich auf Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr.
- Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird auf drei Versuche begrenzt und ein Eigenanteil von 50% eingeführt.
- Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden nicht mehr erstattet.
- Eine %-Zuzahlung bei allen Leistungen von 10% wird erhoben, wobei mindestens 5 höchstens jeweils 10€ zu zahlen sind.
- Abweichend gilt bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege eine Zuzahlung von 10% je Leistung und zusätzlich 10€ je Verordnung.
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung beträgt 10€ je Quartal (Ausnahme bei Überweisung).
- Es sind 10€ täglich bei Krankenhausaufenthalt bis maximal 28 Tagen zu entrichten.

Weitere Betrachtungen der Folgen aus den Gesundheitsreformen wie z.B. Diagnosis Related Groups finden sich im Abschnitt 5.2 Diskussion- Gesundheitssysteme

---

## Teil B. Ungarn

### 4.5 Einleitung



Abbildung 29: Übersichtskarte Ungarn Quelle: Spiegelonline 2002

### 4.6 Demographie

Anhand einer Alterspyramide kann gezeigt werden, wie sich der demographische Wechsel in Zeitraum verändert hat. Beeinflusst wird die Form der „Pyramide“ durch Faktoren wie Fruchtbarkeit, Sterblichkeit und Bevölkerungswanderung. Hier sollen die Zeitmarken 1970 und 1998 herangezogen werden.

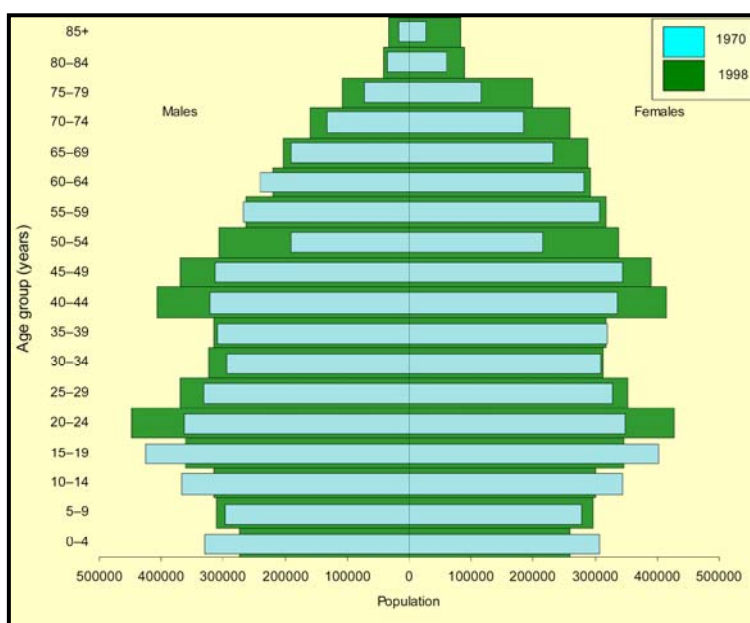


Abbildung 30:  
Demographische Bevölkerungsverteilung  
in Ungarn für 1970/1998.  
Quelle: HOH Hungary 2000

Als Referenzländer gelten für die nachfolgenden Betrachtungen die MOEL (Mittel- und Osteuropäische Länder). Der Begriff wurde im Zusammenhang der fünften EU-Erweiterung häufig verwendet und umfasst folgende Länder: Bulgarien, Tschechien, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien

Die Länder der EU haben im Allgemeinen eine „fortschrittliche Stufe“ der demographischen Entwicklung erreicht: eine Verringerung der jüngeren Gruppen im Vergleich zu der mittleren und älteren Gesellschaftsschicht.

Ungarn hat im Vergleich mit seinen Referenzländern eine kleine Schicht mit jüngeren Altersgruppen von 0-19 Jahren und von 30-39 Jahren (1998). Die älteren Kohorten (Altersgruppen 50-59 Jahre und 65 Jahre oder mehr) waren stärker vertreten. Die natürliche Wachstumsrate lag für Ungarn unterhalb des EU-Schnittes und es war das erste Land, das unter den östlichen EU-Vertretern eine negative Wachstumsentwicklung aufwies (seit 1987).

1998 lag die ungarische Bevölkerungswachstumsrate (-4,3 pro 1000 Bewohner) im Vergleich zu den Referenzländern (MOEL) am niedrigsten, weit abgeschieden unterhalb des Durchschnitts (-1,4 pro 1000). Der Durchschnittswert für die bestehende EU liegt bei +0,8 pro 1000 Bewohner.

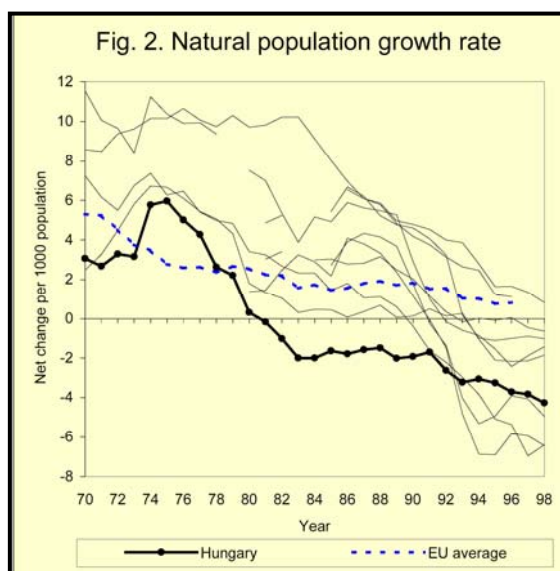


Abbildung 31:  
Geburtenrate Ungarns im Vergleich.  
Quelle: HOH Hundaarv 2000

Vergleicht man die Geburtenziffer und die Sterblichkeitsraten mit dem Durchschnitt, so kommt man zu dem Ergebnis, dass zwar die reine Geburtenrate im Durchschnitt liegt, jedoch die Säuglingssterblichkeitsrate stark erhöht (ja sogar konstant hoch) ist. Das ist der Grund für den frühen und markanten Rückgang der Bevölkerungsentwicklung.

Die Fruchtbarkeitsrate hat sich in den gesamten Referenzländern verringert, für Ungarn auf 1,3 (Kinder pro Familienpaar) (1998). Ebenso verhielten sich die MOE-Länder mit einer Bandbreite von 1,1 bis 1,5. Im Rahmen einer nationalen Umfrage wurde

1991 herausgefunden, dass die jung verheirateten Paare sich einen Nachwuchs von durchschnittlich 2,1 (Kinder pro Familie) wünschten. [Ungarisches Zentrales Statistisches Amt 1996]

#### **4.7 Gesundheitsstatus**

Eine Zusammenfassung der neuesten Veränderungen in Ungarns Gesundheitsposition zeigt der Vergleich mit den Referenzländern:

- Allgemein war Ungarns Position im Vergleich mit den anderen Referenzländern schlecht (1985/1998).
  - Obwohl die relative Position für die meisten Indikatoren den Anschein hat, sich zu verbessern, ist dies hauptsächlich verursacht durch eine gesundheitliche Verschlechterung einiger anderer Referenzländer (besonders die der Baltischen Staaten).
  - Ungarn hat im Vergleich zu den Referenzländern bei weitem die höchste vorzeitige Sterblichkeitsrate bei Lungen- und Brustkrebs und bei allgemeinen Krebserkrankungen. Es ist unwahrscheinlich, dass sich diese Situation in absehbarer Zeit verbessern wird, da sich die zugrunde liegenden Faktoren bisher nicht geändert haben und auch diesbezüglich keine Besserung in Sicht ist.
  - Der Unterschied zwischen weiblicher und männlicher Lebenserwartung hat sich in der letzten Zeit erhöht.
-



Fig. 3. Hungary relative to reference countries  
in 1985 ● and latest available year (1996–1998) ☺

	BEST										WORST				
POSITION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hungary	Reference country average	Minimum <sup>a</sup>	Maximum <sup>b</sup>	
Life expectancy at birth (years)							☺			●	70.7	71.8	69.1	75.4	
Male versus female difference in life expectancy at birth (years)					●		☹				9.1	8.2	7.0	11.1	
Infant mortality rate per 1000 live births						☺			●		9.7	12.9	5.2	20.5	
Maternal mortality rate from all causes per 100 000 live births <sup>c</sup>						☺					12.9	17.1	4.4	41.0	
SDR <sup>d</sup> from cardiovascular diseases, age 0–64 years						☺				●	153.3	140.6	66.8	187.0	
SDR from ischaemic heart disease, age 0–64 years								☺			74.4	59.6	28.2	100.3	
SDR from cerebrovascular disease, age 0–64 years							☺		●		37.2	33.8	17.9	56.6	
SDR from cancer, age 0–64 years									●	☹	146.1	109.9	92.9	146.1	
SDR from trachea/bronchus/lung cancer, age 0–64 years									●	☹	42.7	27.9	20.1	42.7	
SDR from cancer of the cervix among females aged 0–64 years					☺			●			5.6	7.5	3.7	11.9	
SDR from breast cancer among females aged 0–64 years										☺	20.0	16.0	13.0	20.0	
SDR from external causes of injury and poisoning							☺		●		92.5	77.7	56.7	159.7	
SDR from motor vehicle traffic accidents			☺				●				13.8	15.0	7.0	27.0	
SDR from suicide and self-inflicted injury							☺			●	29.9	17.6	12.5	42.4	
☺	Position improved					8	(indicators)					<sup>a</sup> Lowest value observed among ten reference countries			
☺	Position unchanged					3	(indicators)					<sup>b</sup> Highest value observed among ten reference countries			
☹	Position deteriorated					3	(indicators)					<sup>c</sup> Three-year averages			
	<sup>d</sup> SDR: standardized death rate														

Die Abbildung 32 verdeutlicht den jeweiligen Stand einzelner Parameter des Gesundheitszustandes.

Richtskala reicht von 1 (Best) bis 10 (Worst). Verbesserungen bzw. Verschlechterung werden mit einem Smile-Gesicht deklariert. Quelle: HOH Hungary 2000

## 4.7.1 Allgemeine Sterblichkeit und Lebenserwartung

### 4.7.1.1 Entwicklung der Lebenserwartung

Die Lebenserwartung betrug 1998 66,2 Jahre für Männer und 57,3 Jahre für Frauen. Diese Ergebnisse liegen beide deutlich unterhalb des Durchschnitts.

Zum Vergleich: 1970 lag die Lebenserwartung in etwa 2 Jahre unter dem EU-Durchschnitt (für Männer und Frauen). 1989 waren es schon 6 Jahre für Frauen und etwa 8 Jahre für Männer. Wie in den meisten Referenzländern hat sich auch die geschlechtliche Differenz der Lebenserwartung in Ungarn weiter vergrößert: von 8,1 Jahren (1985) auf 9,2 Jahre (1989). Der EU-Durchschnitt lag im Bemessungszeitraum 1989 bei 6,6 Jahren.

Regionale Unterschiede zeigen sich in Ungarn in einem Ost-West Gefälle. Während in der Hauptstadt Budapest eine höhere Lebenserwartung von 67,6 Jahren bestand, lag die der

Landbevölkerung bei 64,6. Jedoch gilt dieser markante Unterschied nicht so stark für die weibliche Bevölkerung. In Budapest galt für die Frauen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 75,2 Jahren und bei der Landbevölkerung von 74,2 Jahren. Ebenso lässt sich dieser „Geschlechterspezifische Unterschied“ im Vergleich zwischen Norden und Süden feststellen. Die Männer erreichten im Mittleren Westen 67,3 Jahre im Vergleich zu 65,2 Jahre im Nord-Osten Ungarns. Für Frauen liegt die gleiche Tendenz jedoch mit geringer Bandbreite von 0,9 Jahren zugrunde (75,4 Jahre im Süden und 74,5 Jahre im Norden Ungarns) [Ungarisches Zentrales Statistisches Amt 1998a]

Unter der Bevölkerung über dem 30. Lebensjahr ist die momentane Wahrscheinlichkeit zu sterben größer als in den 60er Jahren! Der Mangel an langfristiger Verbesserung der Sterblichkeitsrate ist besonders stark ausgeprägt unter der Bevölkerung mittleren Alters. Für die Männer in der Altersgruppe von 35-65 Jahren ist die Sterblichkeit genau so hoch wie im Jahre 1920. [Ungarisches Zentrales Statistisches Amt 1998a]

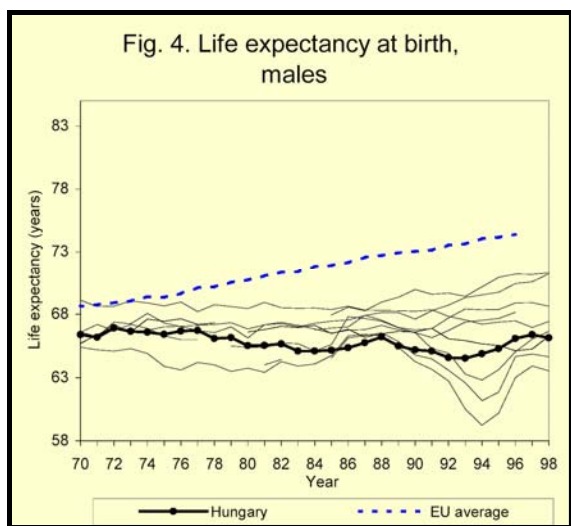


Abbildung 33:  
Lebenserwartung bei Geburt für Männer.  
Quelle: HOH Hungary 2000

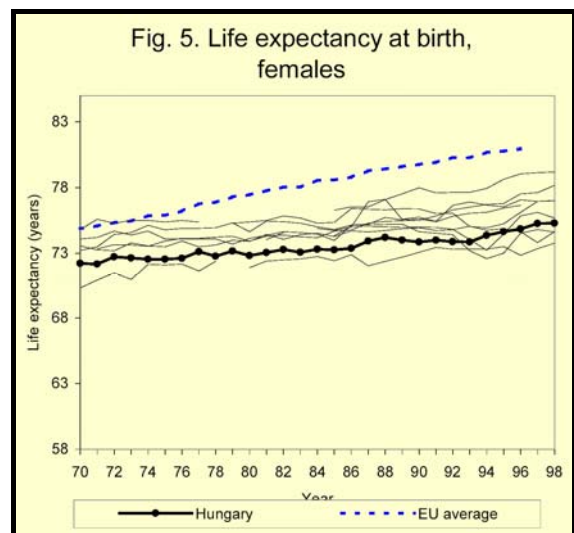


Abbildung 34:  
Lebenserwartung bei Geburt für Frauen.  
Quelle: HOH Hungary 2000

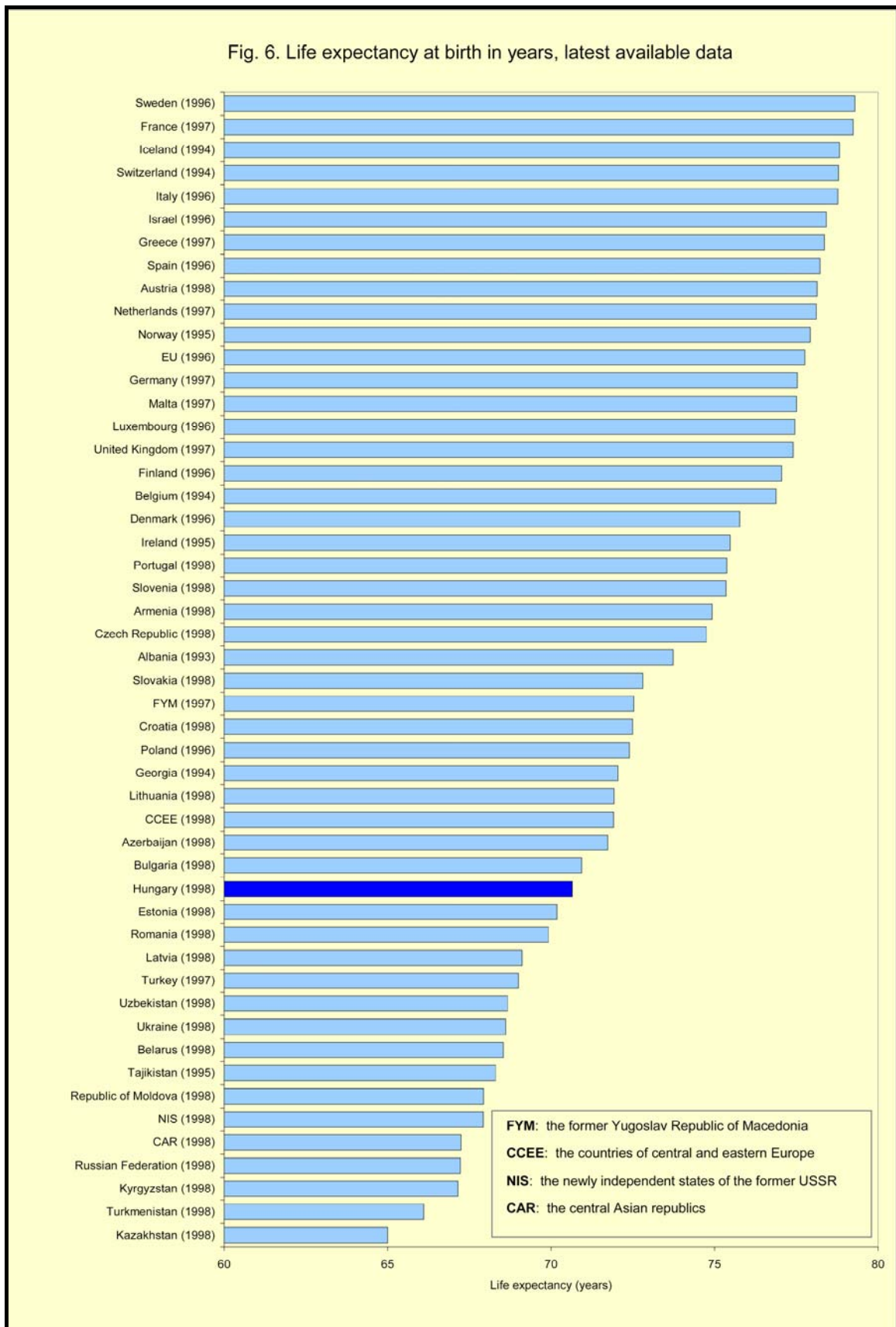


Abbildung 35: Lebenserwartung bei Geburt im Vergleich mit verfügbaren Daten aus anderen Ländern der Welt.

Quelle HOH Hungary 2000

#### **4.7.1.2 Haupttodesursachen**

Der Vergleich „Sterblichkeitsraten durch Haupttodesursachen“ zwischen den Länder kann zeigen, inwieweit die entsprechenden Sterblichkeiten reduziert werden sollten (bzw. könnten).

So muss gesagt werden, dass fast jede Todesursache (wie Herz-Kreislaufkrankungen (CVDs), Krebs und Unfälle) vom Kollektiv und der Person selbst durch spezielle Gewohnheiten und deren Lebensumstände beeinflusst werden. Eine große Vielfalt von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verhütung können eine Reduzierung der Gesundheitsrisiken bewirken, um so Krankheiten und vorzeitigen Tod zu minimieren.

Die Sterblichkeit in Ungarn für die Altersgruppe von 35 bis 64 Jahren ist verglichen mit den Referenzländern und der EU besonders hoch. Einzelne Todesursachen sollen in dem nachfolgenden Kapiteln näher betrachtet werden.

#### **4.7.1.3 Herz-Kreislaufkrankungen (CVD)**

Die Todesrate, aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen zu versterben, lag 1970 um den Durchschnitt der EU und dem der Referenzländer. Seit dieser Zeit hat der Wert für alle Referenzländer zugenommen, während in der EU in derselben Zeit dieser Wert stetig abnahm. Zwischen 1970 und 1980 lag Ungarns Wert an der Spitze der Referenzländer und war im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt dreimal so hoch. Danach reduzierte sich der Wert, besonders nach dem Jahre 1993. Auch für Frauen war die Todesrate bei Herz-Kreislaufkrankungen in den Referenzländern sehr hoch und hat nach 1990 ebenso eine Reduktion erfahren.

---

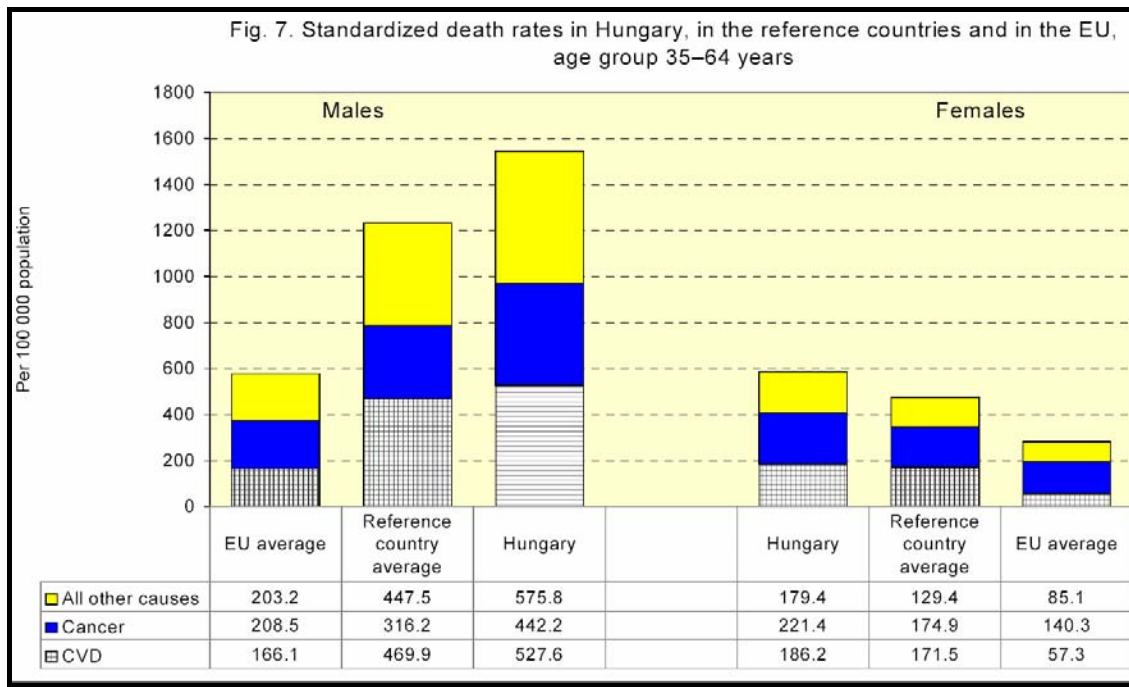


Abbildung 36: Standardisierte Todesraten in Ungarn im Vergleich mit den Referenzländern 1995

Quelle: HOH Hungary 2000

Die Sterblichkeitsrate bei Herzinfarkten lag bis 1970 im EU-Schnitt, stieg danach stark an und verblieb bis 1993 auf hohem Niveau. Insgesamt jedoch war der Wert immer noch höher als der Schnitt der Referenzländer, zusammen mit den Ländern Estland, Lettland und Litauen.

Die Sterblichkeit bzgl. Schlaganfällen hat den Durchschnitt der Referenzländer seit 1970 überschritten. Die Werte stiegen zwischen 1975 und 1980 signifikant für beide Geschlechter an und reduzierten sich nach 1985, wobei für Männer der Wert zwischen 1980 und 1993 konstant blieb. Die jährliche Rate für beide Geschlechter lag um das Vierfache über dem EU-Schnitt zwischen 1996 und 1998.

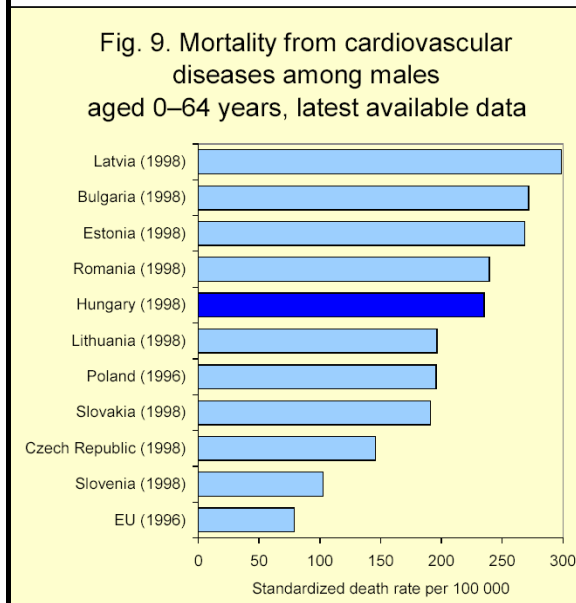
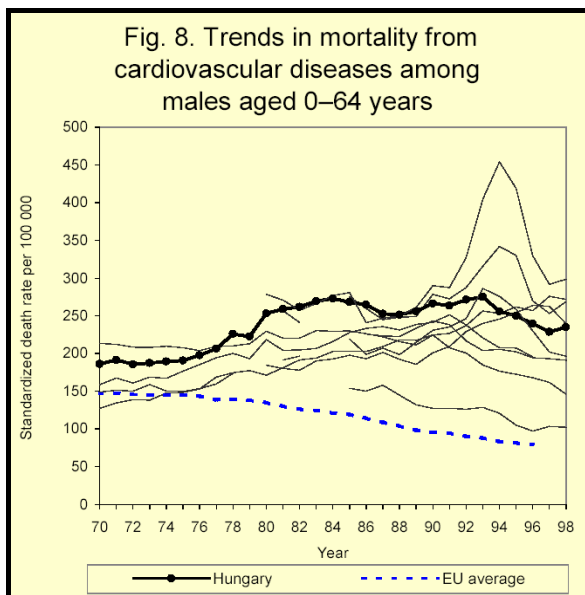


Abbildung 37:  
Herz-Kreislauferkrankungen der Männer 0-64 Jahre,  
Verlauf und Totalwert.  
Quelle: HOH Hungary 2000

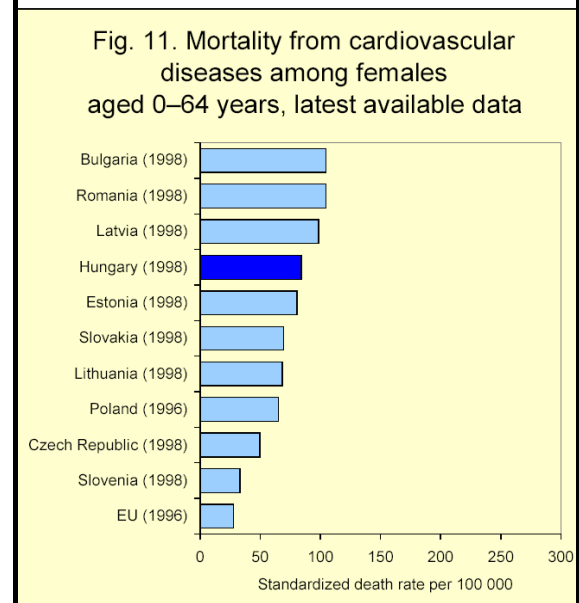
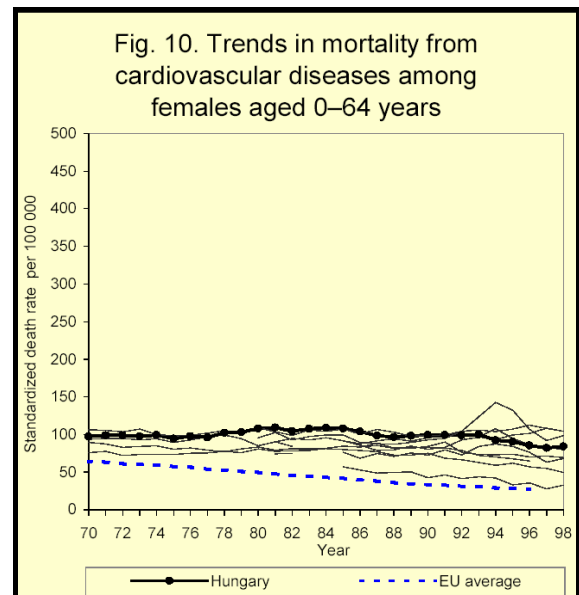


Abbildung 38:  
Herz-Kreislauferkrankungen der Frauen 0-64 Jahre,  
Verlauf und Totalwert.  
Quelle: HOH Hungary 2000



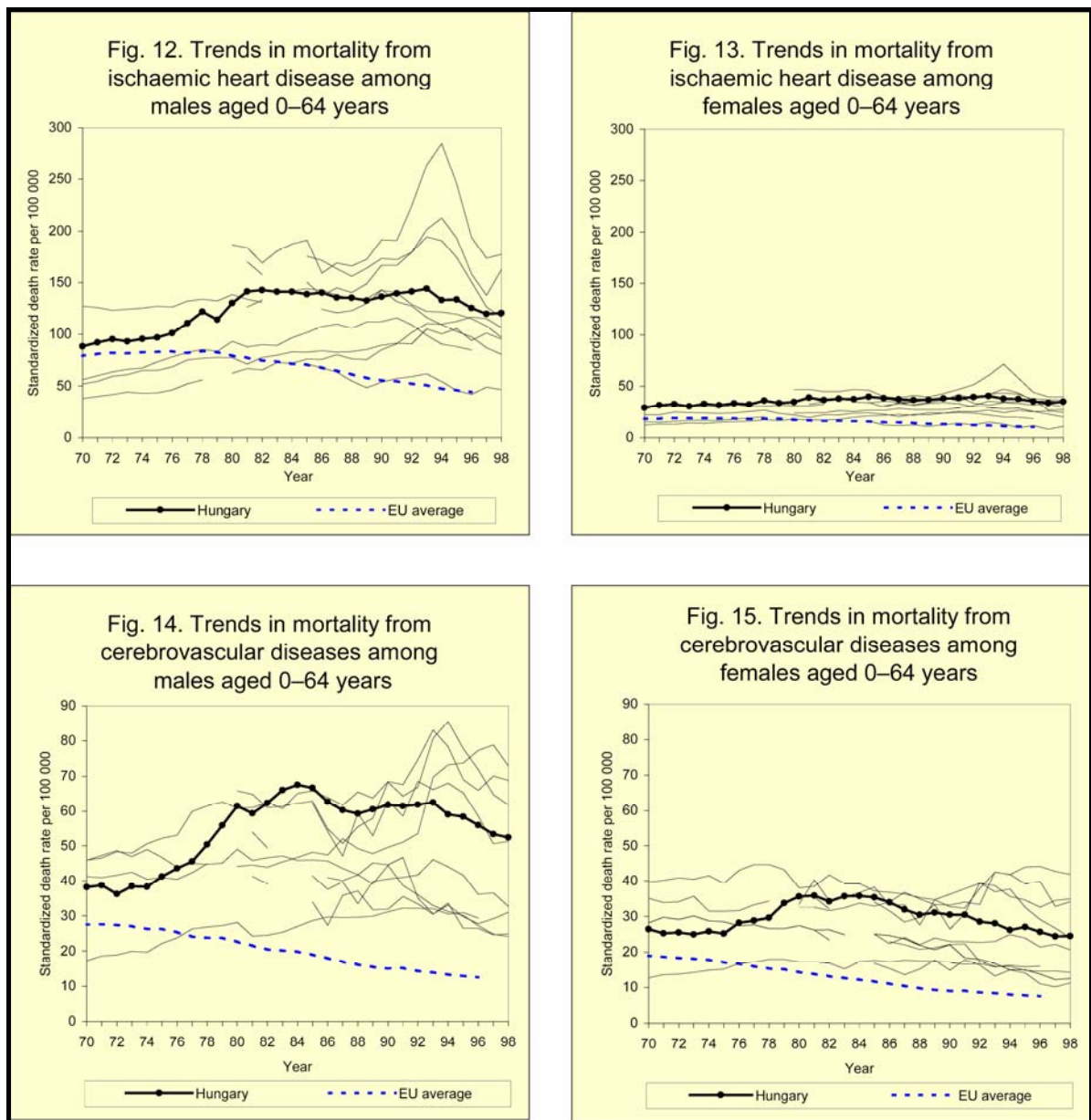


Abbildung 39: Mortalität durch cardiovaskuläre sowie cerebrovaskuläre Krankheiten im Vergleich.

Quelle: HOH Hungary 2000

#### 4.7.2 Malignome:

Die Sterblichkeitsraten für Krebs der Männer ähnelten dem des EU-Durchschnittes. Dies traf auch für die Referenzländer zu (1970). Seitdem nahm der EU-Schnitt ab und der Schnitt der meisten Referenzländer zu, während für Ungarn dieser Anstieg sehr hoch ausfiel. Seit 1990 liegt der Wert verglichen mit den Referenzländern beträchtlich höher; wobei viele der Länder eine Reduzierung der Krebssterblichkeit aufweisen. Eine Verlangsamung der Zunahme zeichnet sich ab, bezogen auf einen Vergleich der Referenzländer hat dies jedoch immer noch eine Vergrößerung des Abstands der Länder untereinander zur Folge. Der Grund liegt darin, dass Länder mit geringem

Krebsvorkommen und geringer Sterblichkeit diesen Wert auch noch in Zukunft weiter verbessern werden.

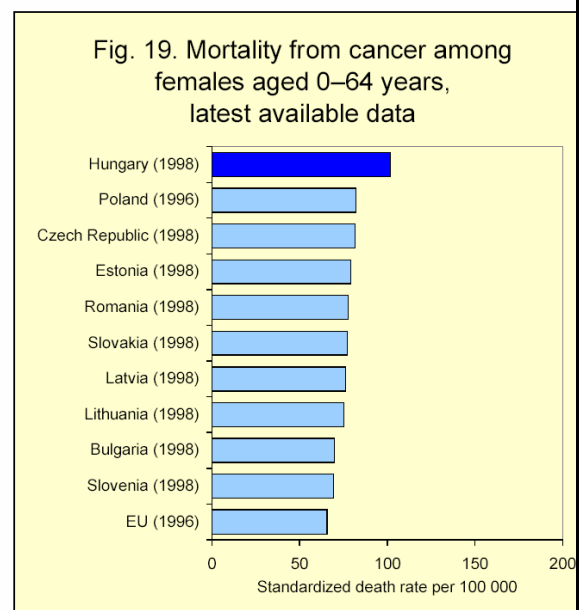
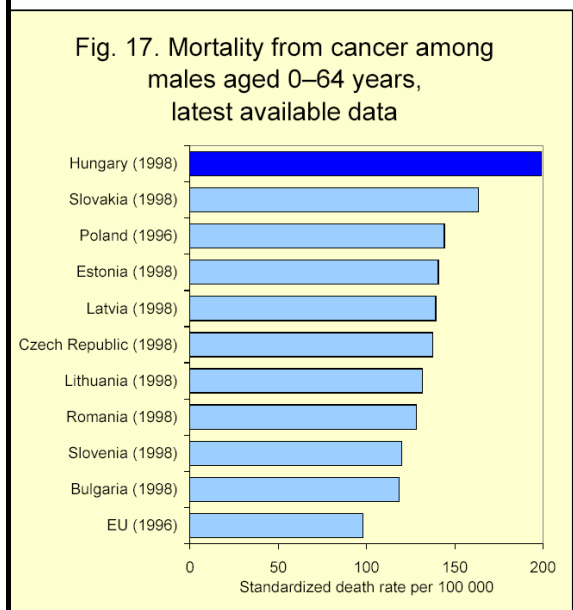
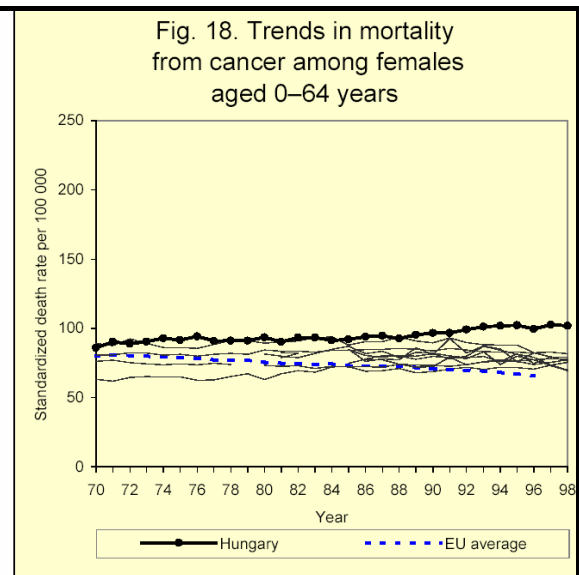
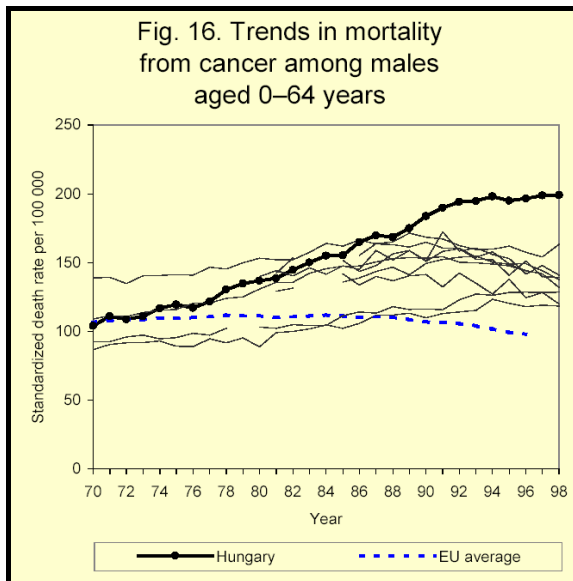


Abbildung 40:  
Mortalität durch Krebs der Männer 0-64 Jahre,  
Verlauf und Totalwert.  
Quelle: HOH Hungary 2000

Abbildung 41:  
Mortalität durch Krebs der Frauen 0-64 Jahre,  
Verlauf und Totalwert.  
HOH Hungary 2000

Zusammenfassend kann man feststellen:

- Die Sterblichkeitsrate bei Krebs in Ungarn lag 1998 zweimal so hoch wie in der EU 1996.
- Für Frauen ist der Wert heute noch 55% höher als der EU-Schnitt.



### **4.7.3 Andere natürliche Todesursachen**

Die Sterblichkeitsrate für Infektionen und parasitäre Erkrankungen nahm in den Jahren 1970 bis zu den frühen 80ern stark ab. Diesen Trend wiesen alle Länder inkl. der EU auf. Viele Länder haben diesen Wert stabilisiert, während Ungarn eine weitere Verminderung aufweisen konnte.

Für Lungenkrankheiten lag die Sterblichkeitsrate 1970 unterhalb des EU- und des Referenzländer-Durchschnittes, in den nachfolgenden zwei Jahrzehnten näherten sich die Werte dem Schnitt an.

Die Sterblichkeitsraten für Krankheiten des Verdauungstraktes waren weit unter dem EU-Schnitt und nahe am Wert der Referenzländer (1970). Danach nahm der EU-Schnitt ab und der Wert der Referenzländer zu. Diese Zunahme war wiederum verstärkt in Ungarn zu finden, besonders hoch war der Anstieg unter der männlichen Bevölkerung. Es war der höchste in den vergleichbaren Ländern. Ein großer Anteil an den Krankheiten des Verdauungstraktes kann unter den chronischen Leberkrankheiten und der Leberzirrhose gefunden werden.

„Ab 1990 vollzog sich eine starke Abnahme, welches wohl auf die Einführung des ICD-10 (10. Ausgabe der internationalen Klassifikation für Krankheiten) Standards zurückzuführen ist.“ [Highlights on health, Hungary, 2000]

### **4.7.4 Tod und Verletzungen durch externe Ursache**

Diese Gruppe von Todesursachen setzt sich zusammen aus allen Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen und anderen Umständen unserer Umgebung oder Gewaltverbrechen wie Mord und Selbstmord.

Die Sterblichkeitsrate hierfür war in Ungarn die höchste in den Referenzländern, Estland, Lettland und Litauen ausgenommen. Nach den letzten Zahlen hat sich seit 1990 eine Verbesserung gezeigt. Für Ungarn ist dieser Wert jedoch immer noch als hoch einzustufen. Die Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle blieb bis spät in die 80er Jahre stabil. Danach zeichnete sich eine Zunahme um 60% ab: von 15 auf 25 Verkehrstode pro 100 000. Nach 1991 nahm dieser Wert ab; in Ungarn schmolz er besonders stark, wobei es nun unter den Ländern mit der geringsten Sterblichkeit im Straßenverkehr liegt. Ungarn liegt jedoch noch immer um 20% höher als der EU- Schnitt. Unfallstatistiken haben aber die Verbesserung der Verkehrssicherheit bestätigt.

---

Die Anzahl von registrierten Verkehrsunfällen hat um mehr als ein Viertel zwischen 1992 und 1996 abgenommen [Sozialministerium 1997 B] und die Anzahl der Personen, die in Verkehrsunfälle verletzt wurden hat sich zwischen 1990 und 1995 um ein Drittel reduziert [Nationales Institut für Public Health, 1997].

Die Häufigkeit von Morden und Selbstmorden veränderte sich sehr langsam. Heute hat sich die Anzahl oberhalb des EU- und des Referenzländer-Schnitts eingependelt, wobei der Wert unterhalb dessen in Estland, Lettland und Litauen liegt.

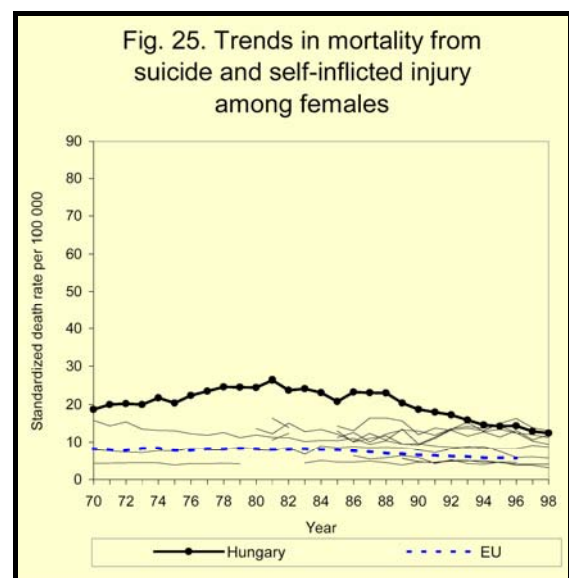
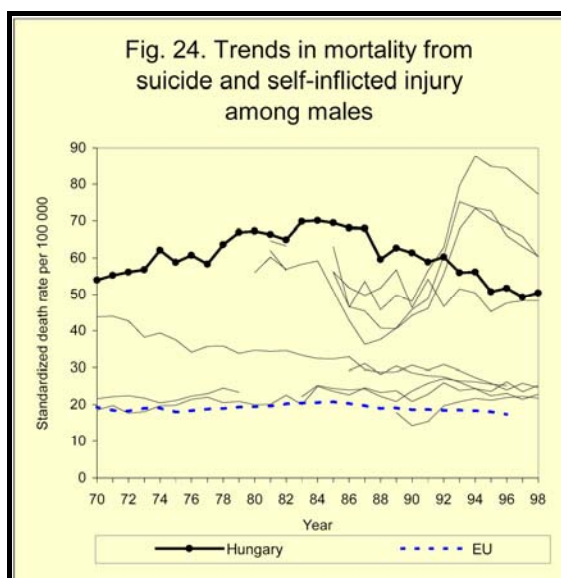
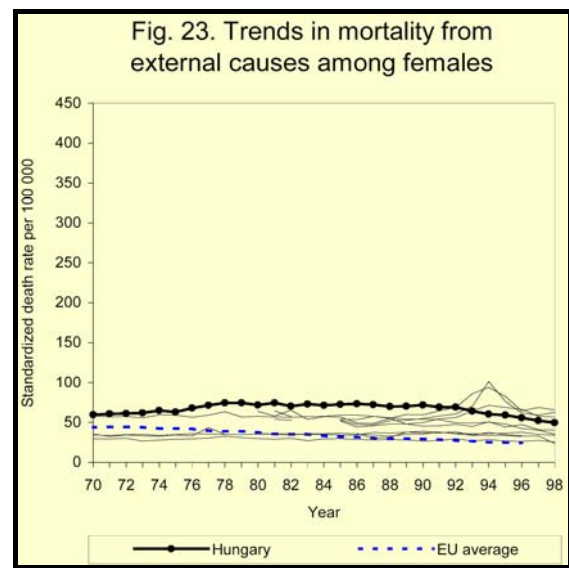
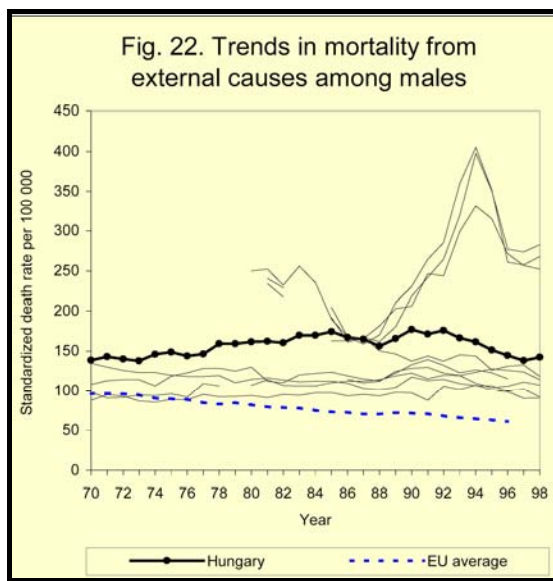


Abbildung 42: Mortalität durch äußere Ursache und Suizid/ selbstzugefügte Verletzungen. HOH Hungary 2000

#### 4.7.5 Aids und andere Infektionskrankheiten

Die Infektionskrankheit AIDS wird von dem menschlichen Immunschwächevirus verursacht. Der zugrunde liegende Virus (HIV) kann auf drei Arten übertragen werden: sexuelle Übertragung, infiziertes Blut oder infizierte Blutprodukte, Verwendung nicht steriler Spritzenausrüstung oder von Mutter zu Kind.

Die registrierte Anzahl von AIDS Fällen in Ost- und Zentraleuropa ist im stetig an. Ungarn hat eine der höchsten Inzidenzraten für AIDS unter den Referenzländern (0,3 pro 100.000 Menschen im Jahr 1998), dies ist jedoch im Vergleich zum EU-Durchschnitt (3,3 pro 100 000) noch sehr gering. In Ungarn haben sich die meisten Infizierten durch homo- und bisexuellen Geschlechtsverkehr angesteckt (72%), 12% durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr und 8% durch Blutprodukte. [Europäisches Zentrum für epidemiologische Überwachung AIDS, 1998]

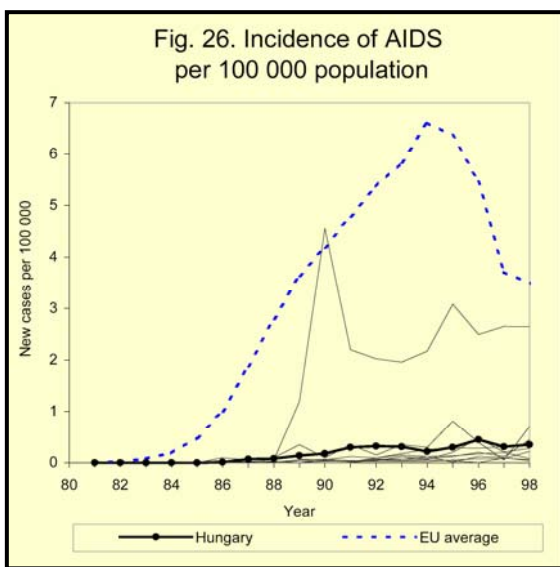


Abbildung 43: Inzidenz von AIDS in Ungarn im Vergleich mit der EU Quelle: HOH Hungary

Die Inzidenz für Tuberkulose nahm bis 1990 ab, hat aber seitdem wieder zugenommen. Das Auftreten in den 1990ern war ein wenig höher als der Durchschnitt für die Referenzländer, mehr als zweimal so hoch wie der EU-Durchschnitt.

Die Inzidenz für Syphilis ist unter den Referenzländern die niedrigste seit den frühen 80er Jahren. Die Verminderung ist weiter fortgeschritten, wobei einige Referenzländer über größere Epidemien in den 90er Jahren berichten mussten.

Die Inzidenz von Gonokokken-Infektionen hat abgenommen von einem relativ hohen Niveau herab, im gleichen Trend wie die vergleichbaren Länder. Ungarn wies ein relativ hohes Auftreten von Mumps in den frühen 90er Jahren auf, aber seit der Einführung von obligatorischen Impfungen im Jahre 1991 hat die Inzidenz im Vergleich zu den Referenzländern auf fast den niedrigsten Stand abgenommen. Die Inzidenz von Virushepatitis, Diphtherie, Masern, Pertussis und Malaria sind alle unter den niedrigsten der Referenzländer zu finden.

#### 4.7.6 Zusammenfassung des Gesundheitsstatus

Das Bevölkerungswachstum in Ungarn fiel im Jahre 1981 unter 0, viel früher als in irgendeinem anderen Referenzland der EU-Beitrittskandidaten. Ursachen sind zu finden in dem Rückgang der Geburtenziffer und der relativ hohen Sterblichkeitsrate.

Ungarns Bevölkerung leidet an einer geringen Lebenserwartung. Diese war in der Zeit zwischen 1970 und 1998 am niedrigsten. Die Lebenserwartung der Männer hat sich im Allgemeinen verringert (1970 bis 1993) und stieg 1997 wieder auf das Niveau von 1970 an. Die Lebenserwartung der Frauen nahm konstant zu (1970 bis 1988), stagnierte bis zum Jahre 1993 und stieg dann weiter an. 1970 lag für beide Geschlechter die Lebenserwartung etwa 2 Jahre unter dem EU-Durchschnitt. Bis 1998 hatte sich diese Lücke auf 6 Jahre für Frauen und 8 Jahre für Männer erweitert. Die Sterblichkeitsraten unter den Männern zwischen 35 und 65 Jahren waren Mitte der 90er Jahre fast so hoch wie in den frühen 20ern.

In den 70ern und 80ern lag die Todesrate (SDR= standardized death rate) für Herz-Kreislauferkrankungen (CVD= Cardiovascular disease) unter den höchsten in den Referenzländern. Statistisch blieb diese Situation bis 1990 erhalten. Seitdem haben die Parameter für beide Geschlechter abgenommen und erreichen nunmehr den Durchschnitt der Referenzländer.

Die Todesraten durch Krebs lagen 1970 nahe am EU-Durchschnitt, nahmen dann allerdings im Zuge der Demokratisierung wieder stark zu, um auf dem höchsten Niveau seinen jetzigen Wert zu finden. Während der 1990er haben die Parameter nun weiter zugenommen; es sei an dieser Stelle zu erwähnen, dass die Parameter für die meisten anderen Referenzländer gefallen sind.

1998 hatte Ungarn die am höchsten gelegene Krebssterblichkeit und das nicht nur im Vergleich zu den Referenzländern, sondern auch im Vergleich mit der gesamten Europäischen Union. Ungarns Sterblichkeitsrate durch äußere Ursachen ist neben der Estischen, der Lettischen und der Rate Litauens die höchste. Ebenso war die Todesrate durch Selbstmord in Ungarn die höchste (1970 bis 1980). Danach hat dieser Wert merklich abgenommen. Trotz der Verbesserung ist auch die Todesrate durch Selbstmord neben Estland, Lettland und Litauen noch sehr hoch. Die Ursachen der Todesfälle, die noch nicht erwähnt worden sind, liegen in Ungarn im oberen Viertel. Am stärksten ist hier noch die Gruppe der Todesfälle durch Krankheiten des Verdauungssystems und der chronischen Leberkrankheit/Zirrhose vertreten. Das Auftreten von AIDS ist erhöht zum MOE-Länderschnitt, jedoch im Vergleich viel niedriger als in der bestehenden EU. Die

---

Häufigkeit des Auftretens von Syphilis, Mumps und Pertussis ist in Ungarn am niedrigsten. Die Säuglingssterblichkeitsrate hat einen beeindruckenden Rückgang erfahren. In Anbetracht der Situation von 1980, als die Säuglingssterblichkeitsrate noch enorm hoch war, hat sich auch dieser Wert wieder normalisiert.

Rauchgewohnheit und Zigarettenkonsum sind in Ungarn hochgradig und besonders unter Jugendlichen weit verbreitet. Dementsprechend verwundert es nicht, dass die Todesrate bei Lungenkrebs unter den Krebskrankheiten in Ungarn sehr hoch liegt und sogar den höchsten Wert der gesamten EU darstellt. Die dramatische Zunahme Ungarns SDR ist besonders besorgniserregend. Seit 1970 lag dieser Wert unterhalb des EU-Durchschnitts und 1998 war er bereits oberhalb und um das doppelte des EU-Durchschnittes gestiegen.

Obwohl der Alkoholkonsum in den 90ern abgenommen hat, lag der jährliche Verbrauch pro Kopf bei 9,5 Litern für das Jahr 1996 (war jedoch immer noch der höchste unter den Referenzländern). Der hohe Verbrauch von Alkohol spiegelt sich im steigenden Trend der SDR für chronische Leberkrankung und Leberzirrhose wieder.

## **4.8 Gesundheitssystem**

Ungarn hat eine Tradition im Gesundheitswesen zu verzeichnen, die bis auf das elfte Jahrhundert zurückgeht. Die ersten öffentlichen Gesundheitsgesetze wurden 1876 verabschiedet. Soziale Sicherheits- und Arbeitslosenversicherungssysteme haben eine lange Geschichte in Ungarn. Seit 1948 wurde das gemischte Wirtschafts-Gesundheitssystem zu einem zentralisierten Staatsmodell umstrukturiert, im gleichen Zuge mit anderen Sektoren der Wirtschaft. In den Gesundheitsgesetzen von 1972 wurde vorgesehen, dass der Zugang zu Gesundheit und deren Versorgung ein Recht ist, das mit der Staatsbürgerschaft verknüpft ist. Eine Nutzung muss jederzeit deckend und kostenfrei bereitgestellt werden können. Seit jedoch das System unterfinanziert war, wurde es nicht mehr möglich, dem Anforderungsniveau zu entsprechen. Eine Folge dessen war, dass "informelle Zahlungen" (Dankbarkeitszahlungen) gebräuchlich wurden.

### **4.8.1 Gesundheitsreformen**

Der Ruf nach Gesundheitsreformen wurde in den 80ern laut. Die betreffende Regierung betrachtete eine Gesundheitsreform als wesentliche Aufgabe ihrer Politik. Hauptgrund war

---

sicherlich eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Das Gesundheitssystem war als ineffizient und unwirksam anzusehen. Mit einer Gesundheitsversorgung durch Angestellte, hauptsächlich Ärzte, die niedrige Einkommensstufen, geringen sozialen Status und schlechte Arbeitsbedingungen haben, sowie unter Patienten, die einen Mangel an Wahlmöglichkeiten und den geringen Stand der Versorgung erfuhren, wuchs die allgemeine Unzufriedenheit über das Gesundheitswesen. [WHO, Regionales Büro für Europa, 1999, a]

Den Anfangsreformen von 1987 folgten weitere in den Jahren 1990 bis 1994: Dezentralisierung, Einführung von leistungsorientierten Systemen, öffentliche Gesundheitsreform und neue Prioritäten in der Grundversorgung.

Zwischen 1990 und 1994 wurde die Teilung der Verantwortung zwischen dem Staat und der Gemeindeverwaltung neu definiert. Der Staat behielt direktes Eigentum an Gesundheitseinrichtungen für Fachabteilungen, Universitätskrankenhäuser und Militärkrankenhäuser. Die Verantwortung und Verwaltung der Grundversorgung, der ambulanten Patientenversorgung und der Krankenhäuser wurde auf die lokalen Regierungsstrukturen übertragen. Diese jeweilige Trennung beinhaltete auch die notwendige Instandhaltung und Investition in diesen Bereichen.

Table 3. Health care resources in Hungary and in the reference countries (1998 or latest available)				
	<b>Hungary</b>	Reference countries	Minimum	Maximum
Hospital beds per 100 000 population	<b>833</b>	739	562	962
Physicians per 100 000 population	<b>357</b>	265	183	395
Hospital admissions per 100 population	<b>23.6</b>	17.1	11.6	24.2
Average length of hospital stay in days	<b>9.1</b>	10.6	9.1	12.5
Total health care expenditure as a percentage of GDP	<b>6.5</b>	5.1	2.6	7.7

Abbildung 44:

Parameter des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser im Vergleich mit den Referenzländern.

Quelle: HOH Hungary 2000

Die Grundversorgung sollte gestärkt werden und Gesundheitsförderung sowie Krankheitsverhütung unterstrichen werden.

1995 wurde ein Gesetz geschaffen, welches das Minimum an Ausrüstung und Personal festlegt, um eine Lizenz als Anbieter von Gesundheitsleistung zu bekommen.

Weiterführend wurde ein nationales System der Krankenhausakkreditierung geplant. [Gesundheitsministerium, 1997a; Vogler & Habl, 1999]

Die Ziele von zukünftigen Reformen beinhalten:

- weitere Dezentralisierung der Finanzierung und Leistungserbringung von Gesundheitsdienstleistungen,
- Reduzierung des allgemeinen Arbeitslosenversicherungsbeitrages,
- Reformierung des Versicherungssammelsystems und weitere Privatisierung der Hausärztepraxen. [WHO, regionales Amt für Europa, 1999a]

Im Jahr 2000 erklärte das Parlament die Unabhängigkeit der medizinischen Praxis.

#### **4.8.2 Organisationsstrukturen**

Das reformierte ungarische Gesundheitswesen umfasst drei Grundschichten:

- Nationale Ebene: Das Ministerium für Gesundheit und angeschlossene relevante Ministerien, außerdem ein großes Spektrum an spezialisierten Institutionen wie der Nationale Rettungsdienst, das Public Health- und Gesundheitsamt sowie professionelle Organisationen und Gemeinschaften.
- Regionale Ebene: Bezirke und Kommunen, die Gesundheitseinrichtungen verwalten, Geschäftsstellen der Versicherungen und lokale Ämter des öffentlichen Gesundheitswesens.
- Private Versorgung: wie private Krankenhäuser und Apotheken.

Diese Struktur zeigt, dass die nationale Ebene mit der Einflussnahme in Politik und Planung stark betraut ist. Die subnationale Regierungsebene verwaltet Gesundheitseinrichtungen und Verträge für die Grundversorgung mit unabhängigen Bereitstellern. Der Bezirk und die kommunalen Ämter des öffentlichen Gesundheitswesens überwachen die Gesundheit und vertreten ihre Interessen. Die Bezirksgeschäftsstellen der Versicherung schließen Verträge mit privaten und staatseigenen Leistungserbringern. Der private Zweig ist mit Dienstleistern beauftragt.

---

### 4.8.3 Gesundheitsfinanzierung und Ausgaben

Das Finanzierungssystem ist dahingehend geändert worden, dass eine Finanzierung auf Versicherungsbasis erfolgte. Aber das längerfristige Ziel, die Konkurrenz zwischen den Versicherungen, wurde nicht erreicht. Die Finanzierung wurde getrennt nach den Kosten, die der Staat bzw. die Gemeindeverwaltung zu tragen hatte. Die wiederkehrenden Kosten der direkten Gesundheitsvorsorge, wurden durch den Sozialversicherungsfond getragen. 1992 wurde die Arbeitslosenversicherung in eine Kranken- und eine Rentenversicherung geteilt. Im folgenden Jahr erhielten sie ihre Eigenverantwortlichkeit. 1998 wurden die Kranken- und Rentenversicherung wiederum verstaatlicht und dem Staatsministerium für Finanzen untergeordnet.

Die obligatorische Arbeitslosenversicherung deckt die ganze Bevölkerung ab und liefert ein volles Spektrum von Dienstleistungen mit einem geringfügigen Anteil an Zusatzversicherung. Die Regierung kontrolliert und beaufsichtigt die Gesundheitssystemleistung, die aber unterschiedlich gewichtet an lokale/kommunale und staatliche Einrichtungen fließen. [Gesundheitsministerium, 1997a; WHO Regionales Amt für Europa, 1999a].

Die Arbeitslosenversicherung wird vom Arbeitgeber- und Arbeitnehmer getragen. Für die Krankenversicherung bezahlt der Arbeitgeber 11% des Gesamteinkommens plus eine monatliche Pauschalsummenzahlung von 3900HUF (ca. 15€, entspricht etwa 5,7% des durchschnittlichen Bruttolohns), die Zahlungen des Angestellten/Arbeiters betragen 3% des Gesamteinkommens. Selbständige zahlen eine ähnliche Summe von ihrem Gesamteinkommen, die Beiträge der Arbeitslosen werden von den öffentlichen Bereichen getragen. Die Krankenversicherung deckt alle Kosten, die durch Gesundheitsuntersuchungen der primären, sekundären und tertiären Versorgung verursacht werden. Pharmaka, medizinische Hilfsleistung, Zahnversorgung und Rehabilitation wurden auch in die Versicherung mit einbezogen. Dennoch sind „aus der Tasche Zahlungen = Steckgeld (Parasolvencia)“ immer noch üblich und erforderlich. Ausgleichszahlungen werden wegen Krankheit, Mutterschaft, Berufskrankheiten oder Unfall gezahlt. [Vogler & Habl, 1999]

Trotz zusätzlicher Verbesserungen bezüglich des Finanzierungssystems gibt es immer noch Anreize, weitere Korrekturen vorzunehmen. Zum Beispiel tendierten die Leute dazu, sich eher in fachärztliche und stationäre Therapie zu begeben, als ambulant behandelt zu werden. Internationale Vergleiche von Gesundheitsausgaben sind äußerst schwierig, weil



Definitionen der Gesundheitsstatistik und Bilanzierungspraktiken von Land zu Land variieren.

Die folgenden Daten über Gesundheitsausgaben müssen deshalb mit Vorsicht verwendet werden:

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP lag in Ungarn im Jahre 1997 bei 6,5%. Das

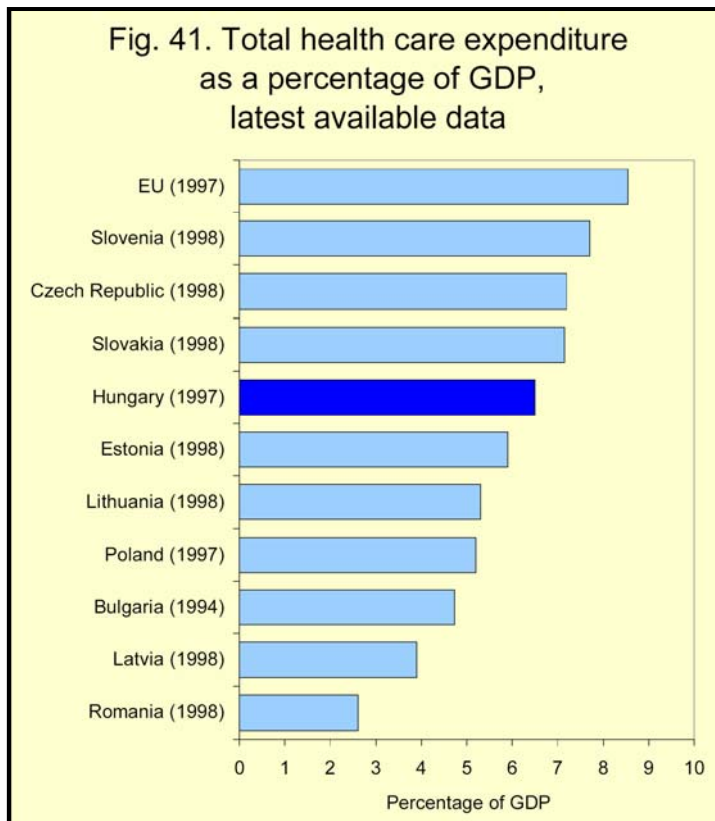


Abbildung 45: Gesamte Gesundheitsausgaben in % am Bruttoinlandsprodukt im Vergleich dargestellt.  
Quelle: HOH Hungary 2000

entspricht einem Wert, der oberhalb des Durchschnittes der Referenzländer (5,1%), jedoch unterhalb des EU-Schnittes (8,5%) liegt (siehe Abb.). Werte für Gesundheitsausgaben (angepasst an die Kaufkraftparität (PPP)) sind lediglich nur für vier der Referenzländer verfügbar. Hierzu kann gesagt werden, dass die Gesundheitsausgaben/(PPP) in der Tschechischen Republik (US\$ 904 im Jahr 1996) und Slowenien (US\$ 743 im Jahr 1994) am höchsten waren, während Ungarn (US-\$ 602 im Jahr 1996) und Polen (US-\$ 371 im Jahr 1996) viel niedrigere

Ausgaben zu verzeichnen hatten.

#### 4.8.4 Grundversorgung

Als ein System von Hausärzten gebildet wurde, begann die praktische Transformation des Leistungserbringungssystems (1990). Die Maßgabe war eine fortlaufende persönliche und umfassende Gesundheitsversorgung mit großer Betonung auf Prävention zu liefern. Zuvor waren die damals genannten Familienärzte eine öffentliche Branche mit der Verpflichtung, den Einwohnern in dem jeweiligen Bezirk Grundversorgung bereitzustellen.

Die Folge dieser Reformen war, dass die gesamte Bevölkerung lückenlos mit Hausärzten abgedeckt wurde. Seit 1992 hat die Bevölkerung freie Arztwahl. Bis 1996 haben hieraus fast alle Bürger einen Vorteil gezogen. Die Finanzierungsanordnung sah einen Anreiz für Hausärzte vor, als private Unternehmer zu arbeiten. Hieraus folgte, dass der Anteil von Ärzten als private Anbieter von 10% rasch auf etwa vier Fünftel aller Ärzte zwischen 1992 und 1997 zunahm. Von 1992 an wurde die postgraduierte Ausbildung für Allgemeinärzte obligatorisch gemacht und die Integration der Familien- und Allgemeinmedizin in den Universitätslehrplan weiter vorangetrieben.

Das Grundversorgungssystem beinhaltet auch ein Netz von spezialisierten Krankenschwestern für maternale und pädiatrische Medizin sowie die Bereitstellung von Schwestern der Zahnmedizin (Zahnarthelfer/-in).

Ein großes Problem innerhalb der Primärversorgung ist die ungleiche Verteilung in Bezug auf Quantität als auch Qualität. Die Hauptziele auf dem Weg der Entwicklung von primärer Versorgung sind Verhütung und Rehabilitation, genauso wie auch die "Hauspflege" (seit 1995) [Gesundheitsministerium, 1997a; Vogler & Habl, 1999] Es gibt desweiteren die Möglichkeit, die Finanzierung der praktischen Ärzte im Wesentlichen auf die Anzahl von angemeldeten Patienten umzulegen. Dies beinhaltet jedoch keinen Anreiz für die Ärzte, die Patienten im primären Sektor zu behandeln, vielmehr würde so die Überweisung in ein Krankenhaus vorgezogen, was dann wiederum zu inadäquaten Krankenhausaufenthalten führen würde. [Staatliche Ungarische Verordnung, 1999]

#### **4.8.5 Sekundäre und tertiäre Versorgung**

Von den 60ern an, als man in Ungarn den Fokus auf die Entwicklungen richtete, den Bestand an Gebäuden und Krankenhausbetten zu steigern, geriet der medizinische Standard an Ausrüstung ernsthaft in Rückstand. Erst also im Zuge der Liberalisierung in den frühen 90ern der Zutritt zur Gesundheitsversorgung für private Anbieter erlaubt wurde kam es zur Aufrüstung im Bereich der modernen Diagnostik und Therapie.

Es gibt etwa 250 Polikliniken (etwa 150 Polikliniken im Verbund mit Krankenhäusern und etwa 100 unabhängige Polikliniken). Ein wichtiger Bereich sind die ambulanten und "tageschirurgischen" Einrichtungen (non-invasive und micro-invasive Verfahren), die teure und aufwendige stationäre Aufenthalte ersetzen können. Es wurden zentrale Verbesserungsprogramme und Änderungen der Finanzierung nach und nach eingeführt,

um Spezialisten für ambulante Versorgung zu unterstützen. Dies hatte eine kosteneffektive und qualitätsorientierte Versorgung zum Ziel.

Das Krankenhaussystem war gut entwickelt, jedoch gefährdeten seine Größe und die hohen Kosten den Betrieb des gesamten Gesundheitssystems. Deshalb wurde die radikale und koordinierte Modernisierung von Struktur, Finanzierung und Leitung der Krankenhausbranche unvermeidlich. Die Zahl der Krankenhausbetten für Intensivmedizin, chronische Krankheiten und Rehabilitation wurde jedoch als zu niedrig erachtet.

Die Anzahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner hat in fast allen Referenzländern seit 1985 abgenommen.

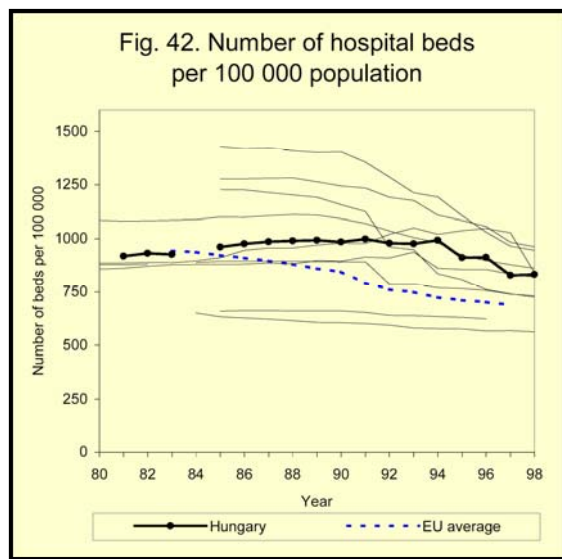
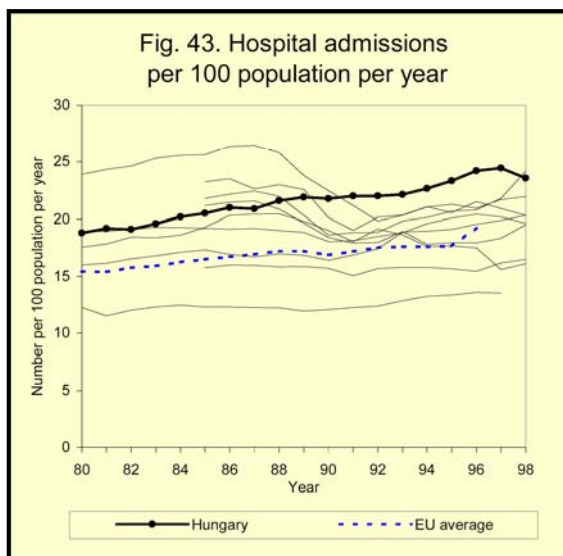


Abbildung 46:  
Anzahl der Krankenhausbetten.  
HOH Hungary 2000

Die Verminderung in Ungarn (-13%) war geringer als die Abnahme in der EU (-21%) und die Anzahl in Ungarn (833 pro 100.000 im Jahr 1998) blieb höher als der EU-Durchschnitt (687 pro 100.000 im Jahr 1997) und der Schnitt der Referenzländer (739 pro 100.000 in 1998) (siehe Abb. 46). Somit liegt Ungarn mit der Bettendichte pro Kopf unter den MOEL auf Platz 4 und im internationalen Vergleich an einer oberen Position. [Markus Schneider, BASYS, 2000]

1996 wurde ein Gesetz verabschiedet, um die Verteilung von medizinischer Versorgung in

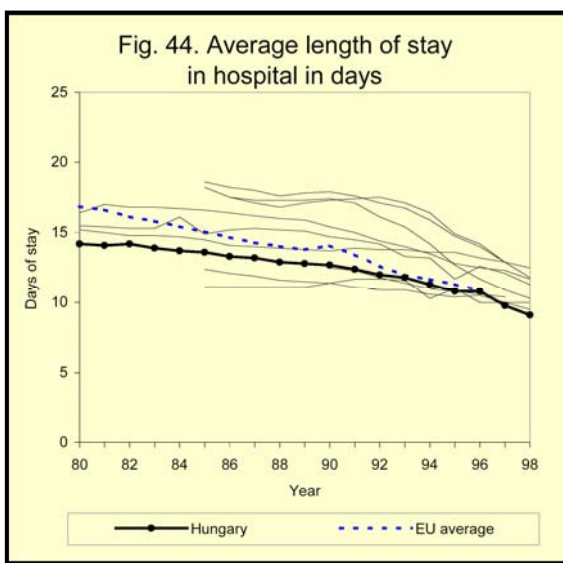


jeder Region Ungarns zu garantieren. Das Ziel war nicht nur, die Krankenhauskapazitäten zu reduzieren, sondern vielmehr regionale Unterschiede auszugleichen. [Gesundheitsministerium, 1997b]

Abbildung 47:  
Anzahl der Krankenhauseinweisungen.  
HOH Hungary 2000

Als Folge des regionalen Konsenses wurde eine Verringerung 18.000 Krankenhausbetten erreicht. Dies entspricht einem Fünftel aller Krankenhausbetten in Ungarn. In diesem Zuge wurden Kompromisse geschlossen, eher Betten zu reduzieren als ganze Krankenhäuser zu schließen. Die entstehenden Einsparungen waren jedoch kleiner als erwartet und die bestehend hohe Anzahl der Einweisungen in Krankenhäuser blieb weiter auf einem hohen Niveau.

Die Anzahl stationäre Einweisungen variierte unter den Referenzländern erheblich. In Ungarn nahm diese um 15% von 1986 bis 1998 zu. Der neueste Wert (23,6 pro 100 Einwohner von 1998) ist ein unter den Referenzländern am höchsten gelegener (durchschnittlich 17,1 pro 100 Einwohner in 1998) und somit beträchtlich höher liegend als jener der EU (19,0 pro 100 Einwohner von 1996) (siehe Abb.47) Die durchschnittliche Länge des Krankenhausaufenthalts hat in allen Referenzländern seit 1980 abgenommen.



Der Durchschnitt für Ungarn lag bei 13,6 Tagen (1985), hat aber 1998 auf 9,1 Tage abgenommen. Die gemeldete Anzahl von ambulanten Patienten variiert mit 4,6 bis 15,1 Kontakte pro Person pro Jahr (1998). Die Gesamtzahl der ambulanten Patienten hat um 25% seit 1985 zugenommen und liegt nun bei 13,7(1998). [Highlights on Health, Hungary 2000]

Abbildung 48:  
Anzahl der Krankenhausaufenthaltsdauer.  
HOH Hungary 2000

#### 4.8.6 Medikamente und Apotheken

Die pharmazeutische Herstellung von Medikamenten bildet ein wichtiges Element sowohl für Industrie als auch für Apotheken. Die staatseigenen pharmazeutischen Unternehmen wurden zwischen 1991 und 1996 privatisiert. Vor 1990 bestritten allein diese Unternehmen den Markt. [Gesundheitsministerium, 1997a]

In Ungarn sind nur amtlich eingetragene Medikamente verfügbar. Vor 1990 war eine Eigenbeteiligung zu leisten. Seit der Aufstellung eines neuen Versicherungssystems wird die Beteiligung von Krankenversicherungen und der Bevölkerung geteilt. Seit Einführung

nahm die Belastung für die Bevölkerung durch steigende Medikamentenbeteiligung stetig zu. 1995 wurde ein System zur Subventionierung von Medikamenten erstellt und es gibt eine Liste von wesentlichen Medikamenten, die bei der Behandlung von allgemeinen chronischen Krankheiten verwendet werden. Diese werden von der Versicherung zu 90 bis 100% getragen. Sind Medikamente nicht auf der Liste, erfolgt ein Zuschuss von 50% bis 70%. Die Verwendung von Pharmaka ist hoch, was aus einem vergleichsweise hohen Prozentsatz (30%) der totalen Gesundheitskosten resultiert. Die Krankenversicherungen sind bestrebt seit 1998 die Medikamentenausgaben weiter zu limitieren. [Vogler & Habl, 1999]

#### 4.8.7 Personalressourcen

Die Anzahl von Ärzten in Ungarn (357 Ärzte pro 100.000 Einwohner im Jahr 1998) fiel größer aus als der Durchschnitt für die EU (349 Ärzte pro 100.000 Einwohner in den Jahren 1997 und 1998) (siehe Fig.45.). Seit 1985 liegt Ungarn an der Spitze der Referenzländer (265 Ärzte pro 100.000 Einwohner und mit 24% eine der höchsten Zunahmen). 1998 hatte Ungarn 42,4 Zahnärzte pro 100.000 Einwohner, etwas weniger als der Durchschnitt für die Referenzländer (44,5 pro 100.000 in 1998) und lag damit niedriger als der EU-Durchschnitt (67,7 pro 100.000 von 1996).

Seit 1985 hat die Anzahl an Apothekern in Ungarn stetig zugenommen. Im Jahre 1998 waren es 47,4 pro 100.000 Einwohner. Dies war höher als der Durchschnitt für die Referenzländer (37,5 pro 100.000/ 1998), aber signifikant geringer als in der EU, (77,6 pro 100.000/ 1996).

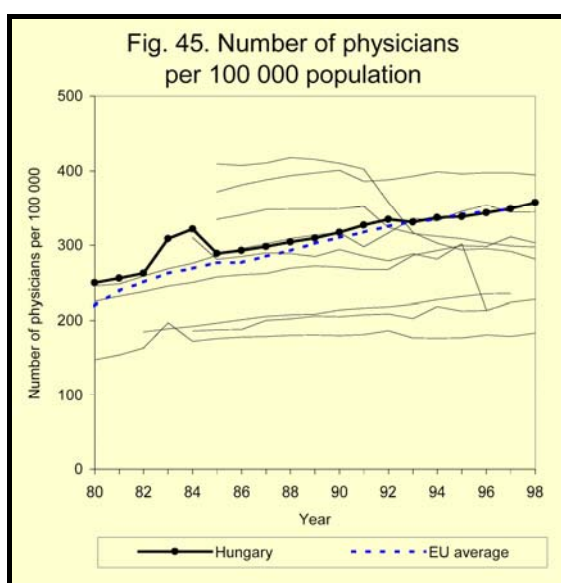


Abbildung 49:  
Zahl von Ärzten pro 100.000 Einwohner  
Quelle: HOH Hungary 2000

Die Anzahl an Krankenschwestern in Ungarn 1998 betrug 392 pro 100.000 Einwohner und war damit die niedrigste unter den Referenzländern, obwohl diese Zahl seit 1985 um ein Drittel gestiegen ist. Die Anzahl an Hebammen war in fast allen Ländern höher (durchschnittlich 49,5 Hebammen pro 100.000 Einwohner 1998) als in der EU (Schnitt von 29,6 pro 100.000 1996). Dagegen war Ungarn das einzige Land mit weniger Hebammen (18,6 pro 100.000 1998) als der EU-Durchschnitt.

#### **4.8.8 Überblick über das Gesundheitssystem**

Der Hauptpunkt der strukturellen Reorganisation des Gesundheitsversorgungssystems während der Jahre 1990 waren die Errichtung einer nationalen Krankenversicherung, die dezentrale Finanzierung und die Möglichkeit für Familienärzte, sich aus öffentlichen sowie privaten Quellen zu finanzieren.

Die Zahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Personen liegt oberhalb des EU-Durchschnittes, jedoch die ärztliche Versorgungsdichte (Ärzte pro 100.000 Einwohner) unterhalb des EU-Durchschnittes.

## Teil C. Deutschland und Ungarn in einer Europäische Gemeinschaft

### **4.9 Themenkreis Europa:**

#### **4.9.1 Exkursion: Das Konzept Europa und die Erweiterung:**

Nach dem 2. Weltkrieg wurde von den mitteleuropäischen Staaten die sog. Europäische Integration eingeleitet, ein Integrationsmodell mit einer zunehmenden Anziehungskraft. Diese bewirkte, dass sich die Europäische Gemeinschaft, aus der inzwischen die Europäische Union wurde, während der meisten Zeit ihres Bestehens in einem Prozess der Erweiterung befunden hat. 1993 gab der Europäische Rat in Kopenhagen das historische Versprechen, dass die assoziierten mittel- und osteuropäischen Länder, die eine Aufnahme wünschen, Mitglieder der Europäischen Union werden können. Ein Beitritt kann erfolgen, sobald ein assoziiertes Land in der Lage ist, den mit einer Mitgliedschaft verbundenen Verpflichtungen nachzukommen und die erforderlichen wirtschaftlichen und politischen Bedingungen zu erfüllen.

#### **4.9.2 Wer will EU-Mitglied werden?**

Im März 1998 hat die Europäische Union Beitrittsverhandlungen mit sechs Ländern begonnen: mit Estland, Polen, Slowenien, Ungarn, Zypern und der Tschechischen Republik.

Im Februar 2000 sind sechs weitere Kandidaten hinzugekommen: Bulgarien, Lettland, Litauen, Malta, Rumänien und die Slowakische Republik.

Auch die Türkei ist ein möglicher Beitrittskandidat, Verhandlungen hierzu wurden aufgenommen. Jedoch scheitert ein möglicher Aufnahmetermin noch an den Umständen in der Türkei in Bezug auf Menschenrechte und Demokratisierungsvorhaben. Eine Aufnahme für Rumänien und Bulgarien ist für 2007 vorgesehen. Im Zuge der Osterweiterung 2004 wurde diesen beiden Ländern eine ungenügende Konvergenz bescheinigt.

---



Abbildung 50:  
Übersichtskarte von Europa und  
ihren (zukünftigen)  
Mitgliedsstaaten (SZ Stand 2002).

#### 4.9.3 Die Beurteilung der Erweiterung

Diese Erweiterung wird das Gesicht Europas verändern und sich auf alle Institutionen und Politikbereiche der Gemeinschaft auswirken. Das Ziel ist es, die beiden grundlegenden strategischen Ziele, nämlich die Projektion von politischer Stabilität und die Stärkung Europas als Wirtschaftsmacht, zu erreichen.

Diese Erweiterung kann den seltenen Fall einer Win-Win-Situation auf allen Seiten darstellen. Die derzeitigen Mitgliedstaaten der EU und die potenziellen Mitglieder profitieren in gleicher Weise von der politischen Stabilität. Die Krisenanfälligkeit geht zurück, Ursachen für Konflikte wie Minderheitenfragen und Grenzprobleme werden entschärft, insgesamt verdrängt die Integration Konfliktpotential. Der politische Wirkungskreis der westlichen Gemeinschaften wird Richtung Osten verstärkt. Stabile politische Rahmenbedingungen sind nicht nur Voraussetzung für dauerhaften Frieden und gutnachbarliches Zusammenleben, sie sind auch Voraussetzung für wirtschaftlichen Aufschwung.

Für die Bewerberländer bedeutet dies, dass sie an das allgemeine Wohlstandsniveau in Europa Anschluss finden und sie im weltweiten Wettbewerb wesentlich bessere Chancen haben werden. Die Vorteile für die Mitgliedstaaten sind schon heute messbar. Sie erreichen



mit den Bewerberländern in Ost- und Mitteleuropa hohe Exportüberschüsse, die sich in mehr Arbeitsplätzen, höheren Steuereinnahmen und höheren Beiträgen für die Systeme der sozialen Sicherung niederschlagen.

#### **4.10 Zwei mögliche Konzepte der Bewertung von Wirtschafts-/Gesundheitssystemen:**

##### **4.10.1 Bewertung der Wirtschaftsleistung: Deka Converging Europe Indicator. Ein Konzept der DGZ DEKA-Bank. Kann man den (volks-)wirtschaftlichen Fortschritt (als Basis moderner Gesellschaften) der MOE-Länder messen?**

„Die DGZ DekaBank hat mit dem Deka Converging Europe Indicator (DCEI) ein Instrument entwickelt, mit dem sich der Konvergenzfortschritt, wie er in den einzelnen Ländern Mittel- und Osteuropas erreicht worden ist, aufgrund makroökonomischer und institutioneller Kennzahlen messen lässt. Beim DCEI handelt es sich um ein Scoring-Modell, bei dem makroökonomische Fundamentaldaten und institutionelle Gegebenheiten, die den Konvergenzserfolg spiegeln, bewertet werden. In seiner Analyse trägt der DCEI dem Umstand Rechnung, dass der Konvergenzfortschritt einer Volkswirtschaft das Resultat von Erfolgen auf verschiedenen Konvergenzfeldern ist.“ [Dr. Dietmar Hornung, DGZ BANK FAZ Ausgabe Nr. 128]

Entsprechend werden beim DCEI vier Teilindikatoren berechnet:

- realwirtschaftliche Konvergenz,
- institutionelle Konvergenz,
- monetäre Konvergenz und
- fiskalische Konvergenz.

Dabei wird transparent, in welchen Bereichen sich ein Land bereits gut positioniert hat und in welchen Feldern noch Defizite bestehen. In den Bereichen der realwirtschaftlichen und institutionellen Konvergenz orientiert sich die Auswahl der bewerteten Kennzahlen an den Beitrittskriterien zur Europäischen Union, wie sie 1993 in Kopenhagen vom Europäischen Rat verabschiedet wurden. In den Bereichen der monetären und fiskalischen Konvergenz finden die Maastricht-Kriterien wiederum Anwendung. Dies hat einen Grund: Mit ihrer Entscheidung zum EU-Beitritt verpflichteten sich die mittel- und osteuropäischen Länder,

über eine Einbindung in den Wechselkursmechanismus zu einem späteren Zeitpunkt auch der Europäischen Währungsunion beizutreten.

Voraussetzung für den Beitritt ist demnach eine funktionierende Marktwirtschaft, die dem Wettbewerbsdruck, der in der EU herrscht standhält; mit anderen Worten: ein hinreichendes Maß an realwirtschaftlicher Konvergenz.

#### 4.10.1.2 Ergebnisse Der DCEI Analyse:

Der Wertebereich des DCEI reicht von 0 bis 100, wobei ein Wert von 100 die vollkommene Konvergenz des betrachteten Landes am EU-Durchschnitt bedeutet:

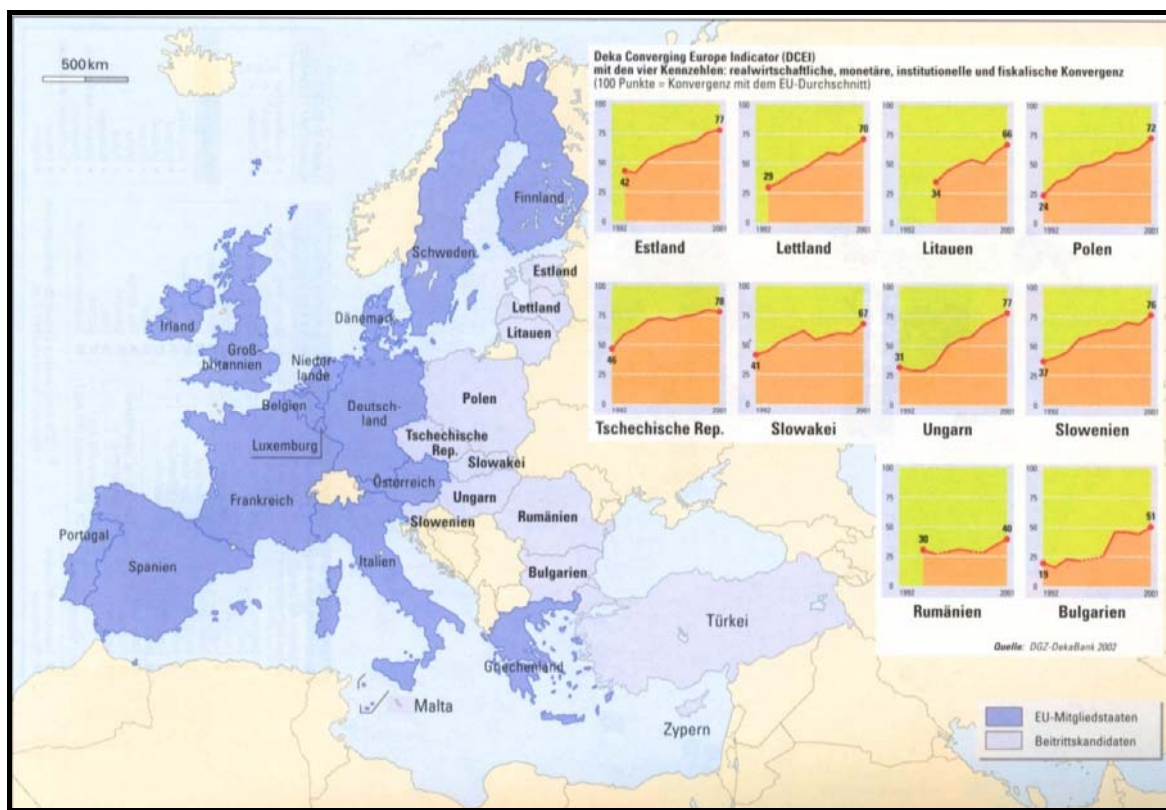


Abbildung 51: Entwicklung der Konvergenz ausgewählter EU-Beitrittskandidaten. Quelle: DGZ Bank 2002

Blickt man mit dem Instrument des DCEI in Richtung Osten, so weisen die zehn mittel- und osteuropäischen Länder, mit denen die EU-Kommission derzeit Verhandlungen führt, eine gemeinsame Eigenschaft auf: Sie alle zeigen gerade in jüngster Vergangenheit einen bemerkenswerten Konvergenzfortschritt. Die DCEI-Analyse zeigt, dass der Konvergenzprozess in der Tschechischen Republik, in Estland, Ungarn und Slowenien so weit fortgeschritten ist, dass ein EU-Beitritt 2004 aus heutiger Sicht realistisch erscheint. Demgegenüber weisen Polen, Lettland, die Slowakische Republik und Litauen noch beträchtlichen Konvergenzrückstand auf, der vor einer Aufnahme in die EU abgebaut

werden muss. Was die EU-Tauglichkeit der beiden Balkan-Staaten angeht, kommt die Konvergenzanalyse zu einem eindeutigen Ergebnis: Ein EU-Beitritt 2004 käme für diese Volkswirtschaften zu früh.

#### **4.10.2 Bewertung der Gesundheitssysteme: Ranking der Gesundheitssysteme. World Health Report 2000**

Am 21. Juni veröffentlichte die WHO ihren "World Health Report 2000". Auf 140 Text- und 60 Tabellenseiten werden alle 191 Gesundheitssysteme der WHO-Mitgliedsstaaten - von Afghanistan bis Zimbabwe - untersucht und analysiert.

Viele Kritiken musste sich die WHO bzgl. der Aussagefähigkeit und deren Folgen für die einzelnen Länder bisher bieten lassen. Es ist jedoch richtig, dass eine genaue Betrachtung der Einzelfaktoren für Experten mehr Informationen parat haben kann, als die Betrachtung der Endnote dieses Ranking. Dennoch hat der Report gezeigt, dass dies ein Anstoß für die einzelnen Länder bedeutet, ihre Gesundheitssysteme im Vergleich zu optimieren und zu hinterfragen. [Robert Kaufhold IDZ]

##### **4.10.2.1 Zusammensetzung des Reports:**

Um ein Gefühl für die Aussagekraft des "Overall health system performance" Index zu bekommen, lohnt sich zunächst ein Blick auf die von der WHO verwendeten fünf Faktoren:

- Gesundheitsniveau,
- Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems,
- Fairness der Finanzierung,
- Stand der medizinischen Versorgung,
- Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

##### **Gesundheitsniveau**

Das erreichte Gesundheitsniveau in den 191 Staaten der WHO wird auf der Grundlage der durchschnittlichen Gesundheit der Bevölkerung und der Gesundheitsverteilung innerhalb der Bevölkerung beurteilt. Die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung wird mit Hilfe von "disability adjusted life expectancy (DALE)" erfasst.

DALE	
Platz	Staat
3	Frankreich
14	GB
22	Deutschland
62	Ungarn

DALE ist ein statistisches Maß für die Lebenserwartung bei voller Gesundheit

Die Verteilung der Gesundheit bzw. der Zustand einer Bevölkerung wird durch einen Index, der die Verteilung der Lebenserwartung aller Kinder unter 5 Jahren zusammenfasst, beschrieben. Ein Indexwert von 1 bedeutet, dass die Lebenserwartung aller Kinder unter 5 Jahren gleich ist. Dieser Index lässt keine Aussagen über die Höhe der erwarteten Überlebenszeit zu.

Verteilung Gesundheit	
Platz	Staat
1	Chile
2	GB
12	Frankreich
20	Deutschland
40	Ungarn
191	Liberia

#### Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems

Die (Experten-)Einschätzung über das Niveau der Aufgeschlossenheit eines Gesundheitssystems für nicht medizinische Aspekte der Versorgung basiert auf sechs Faktoren:

- Achtung der Menschenwürde,
- Patientenmitbestimmung,
- Schutz von Patientendaten  
(zusammenfassend: Respekt für die Person),
- Wartezeiten bis zum Beginn der medizinischen Versorgung,
- Qualität der medizinischen Einrichtungen und
- Art der Arztwahl (zusammenfassend: Patientenorientierung).

Niveau der Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems		
Platz	Staat	Index
1	USA	8.10
5	Deutschland	7.10
16-17	Frankreich	6.82
26-27	GB	6.51
62	Ungarn	
191	Sierra Leone	3.69

Der Index, mit dessen Hilfe die Verteilung der Aufgeschlossenheit erfasst wird, orientiert sich an den Bevölkerungsgruppen, die im Hinblick auf dieses Kriterium benachteiligt sein könnten. Im Wesentlichen dürfte dies laut WHO Arme, Frauen, Alte und ethnische Minderheiten betreffen. Bei einem Indexwert von 1 besteht zwischen den genannten Bevölkerungsgruppen und der übrigen Bevölkerung jedoch kein Unterschied.

Verteilung der Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems		
Platz	Staat	Index
1	Verein Arab. Emirate	1.000
3-38	Deutschland	0.995
3-38	Frankreich	0.995
3-38	GB	0.995
58	Ungarn	
191	Zentral Afrika	0.414

### Fairness der Finanzierung

Der Index "Fairness der Finanzierung" basiert auf der finanziellen Belastung der privaten Haushalte. Zur finanziellen Belastung der Haushalte zählen alle direkten und indirekten Ausgaben für medizinische Dienstleistungen. Ein Index von 1 bedeutet, dass alle Haushalte in gleicher Höhe finanziell belastet werden. Aus dem Index lassen sich aber keine Aussagen über die absolute Höhe der Belastung ableiten, wie aus der entsprechenden Tabelle ersichtlich wird.

Fairness der Finanzierung		
Platz	Staat	Index
1	Kolumbien	0.992
6-7	Deutschland	0.978
8-11	GB	0.977
26-29	Frankreich	0.971
105-106	Ungarn	
191	Sierra Leone	0.468

### Stand der medizinischen Versorgung

Um den aktuellen "Stand" der medizinischen Versorgung zu beschreiben, werden das Gesundheitsniveau, die Verteilung der Gesundheit, die Zugangsmöglichkeiten und die Fairness der Finanzierung in einem Index zusammengefasst.

Stand der medizinischen Versorgung		
Platz	Staat	Index
1	Janan	93.4
6	Frankreich	91.9
9	GB	91.6
14	Deutschland	91.3
43	Ungarn	
191	Sierra Leone	35.7

### Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Der Index "Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems" beschreibt, wie effizient finanzielle Mittel in Gesundheit investiert werden. Als Maß für die Gesundheit wird wieder die "disability adjusted life expectancy (DALE)" verwendet. Zur Berechnung des Indexes wird das real erreichte Gesundheitsniveau (Ist-Zustand) dem mit gleichem finanziellem Einsatz maximal erreichbaren Gesundheitsniveau (Soll-Zustand) gegenübergestellt. Der Index ist eine relative Betrachtung und macht keine Aussagen über die Höhe der Gesundheitsausgaben. Ein Indexwert von 1 bedeutet, dass mit den finanziellen Mitteln der maximale Gesundheitsoutput in einem System erreicht worden ist.

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems		
Platz	Staat	Index
1	Oman	0.992
4	Frankreich	0.974
24	GB	0.883
41	Deutschland	0.836
105	Ungarn	
191	Zimbabwe	0.080

**Gesamtindex = Overall health system performance:**

Overall health system performance		
Platz	Staat	Index
1	Frankreich	0.994
2	Italien	0.992
5	Malta	0.985
18	GB	0.925
24	Zypern	0.906
25	Deutschland	0.902
38	Slowenien	0.838
48	Tschechoslowakei	0.805
66	Ungarn	0.743
70	Türkei	0.743
73	Litauen	0.722
77	Estland	0.714
99	Rumänien	0.645
102	Bulgarien	0.639
114	Georgien	0.615
191	Sierra Leone	0.000

**Ergebnisse des WHO Reports:**

Das Vorgehen der WHO, nicht nur medizinische und finanzielle Faktoren, sondern auch Faktoren wie zum Beispiel Patientenzufriedenheit in ihrer Auswahl zu berücksichtigen, ist zu begrüßen. Damit wird die "klassische" Sichtweise des Gesundheitssystems sinnvoll erweitert. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass jeder Einzelfaktor das Ergebnis aufwändiger Rechenprozesse ist, die nur noch für versierte Experten nachvollziehbar sind. Dies ist jedoch als Hinweis auf die Komplexität der Verfahren und nicht als Zweifel an der Richtigkeit der WHO-Berechnungen zu interpretieren. Die WHO selbst spricht davon, dass die verwendeten Konzepte und Indikatoren einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen. Es ist ihr Wunsch, dass sich auch Vertreter der einzelnen Staaten an diesem Verfahren beteiligen. Bisher hat die WHO auf eine solche Kooperation weitgehend verzichtet, wahrscheinlich um die Publikation des Reports nicht durch schwerfällige internationale Abstimmungsprozesse zu verzögern.

Fazit: Der "World Health Report" sollte als Aufforderung an die Gesundheitspolitiker betrachtet werden, sich bei der Lösung nationaler Fragen an Entwicklungen und Lösungsansätzen anderer Länder zu orientieren. Für die Zukunft plant die WHO, diese Art der Berichterstattung weiterzuführen. Es ist zu erwarten, dass die WHO die Anregungen und Kritik der Mitgliedsstaaten aufgreift und die verwendeten Methoden weiterentwickeln wird. Nur wenn diese allgemein akzeptiert werden - was sie zur Zeit nicht sind - wird auch über die Inhalte ernsthaft und zielgerichtet diskutiert werden können.

## 5. Diskussion

### 5.1 Gesundheitsstatus

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Übersicht über bereits abgehandelte Eckpunkte der Gesundheitsstatus in Ungarn und Deutschland.

Die jeweiligen Pfeile in der Spalte Ergebnis machen eine bessere (↑) /schlechtere (↓) Position Ungarns an im Vergleich mit dem MOE-Schnitt (1.Pfeil) und dem EU-Schnitt (2.Pfeil) deutlich.

#### 5.1.1 Ausgewählte Parameter zum Vergleich:

Parameter 1997	Ungarn	MOE-Schnitt	EU-Schnitt	Ergebnis
<b>I. Gesundheitsstatus:</b>				
Lebenserwartung insgesamt bei Geburt	66,4/	67,6/	74,6/	↑ ↓
Männer/Frauen	75,3	75,8	81,1	
Säuglingssterblichkeit je 1.000 Geburten	9,9	13,4	5,3	↓ ↓
Müttersterblichkeit je 1.000 E.	20,9	23,4	6,3	↓ ↓
Gestorbene insg. je 1.000 E.	14	11	9,5	↑ ↓
Standardisierte Sterblichkeiten SDR durch				
Herz-Kreislauferkrankungen	153,3	140,6	60,1	↑ ↓
Ischiämische Herzkrankheiten	74,4	59,6	31,7	↑ ↓
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	37,2	33,8	11,5	↑ ↓
Maligne Neoplasien	146,1	109,9	87,4	↑ ↓
Straßenverkehrsunfälle je 1.000 E.	13,7	15,63	11,32	↓ ↓
<b>II. Finanzierung des Gesundheitswesens</b>				
Öffentliche Finanzierung in % (Finanzierung durch den Staat, Sozialbeiträge und Fördermittel)	83,5	77,7	77,5	
Private Finanzierung in % (Selbstzahlung, Privatversicherung, Zuwendungen)	16,5	22,3	22,4	

<b>III. Gesundheitsausgaben</b>				
Gesundheitsausgaben pro Kopf in € (PPP)	665	451	1749	↓↓↓
Gesundheitsausgaben in % des BIP	7,2	6,2	9,02	↓↓↓
<b>IV. Leistungsanspruchnahme und Ressourcen</b>				
Ärzte je 1.000 Einwohner	3,49	2,59	3,4	Neutral
Allgemeinärzte je 1.000 Einwohner	0,66	0,68		
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	8,56	7,52	6,78*	Zuviel
Bettenauslastung in Krankenhäuser in %	78,6	83,9	77,6*	↑↑
Krankenschwestern /-pfleger je 100 Betten	43,0	75,1	79,7**	
<b>V. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen</b>				
Bruttoinlandsprodukt/ Kopf in € (Devisenkurs)	3970	2786	19380	↓↓↓
Arbeitslosenquote in %	8,9	10,0	11,0	↓↑
Kaufkraftparitäten (PPP)	0,011( -15,3 zwischen 93/97)			
Devisenkurs in 100HUF (Euro)	0,472 (-15,6 zwischen 93/97)			

\*1996

\*\* 1995

Besonders zu erwähnen ist eine Lebenserwartung für Deutschland, die momentan zwar um dem EU-Schnitt liegt, jedoch in den 90er Jahren eine konstante Erhöhung erfahren hat. Im Besonderen kann hierfür eine Reduzierung der häufigsten Todesursachen sowie die konstante Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit verantwortlich gemacht werden. Alarmierend ist jedoch die relativ hohe Anzahl Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ischämisch bedingten Krankheiten und ein weit verbreitetes Auftreten von Neoplasien (außer Cervix-Krebs). Hauptrisikofaktoren sind desweiteren Hypertonie, erhöhtes Cholesterin, Fettleibigkeit und hoher Alkoholkonsum.

Im Vergleich Deutschland-Ungarn lässt sich eine niedrige Lebenserwartung von über 8 Jahre für die männliche sowie 5,7 Jahre für weibliche ungarische Bevölkerung erkennen. Eine Reihe von Ursachen ist hier zu berücksichtigen. Das Bevölkerungswachstum in Ungarn fiel im Jahre 1981 (früher als in irgendeinem anderen Referenzland) unter 0. Neben dem Rückgang der Geburtenziffer muss die relativ hohe Sterblichkeitsrate erwähnt werden. In den 70ern und 80ern lag die Todesrate für Herz-Kreislauf Erkrankungen unter



den höchsten in den Referenzländern. Heute überschreitet dieser Wert immer noch den vergleichbar hohen MOE-Schnitt.

Geradezu entgegengesetzt verhielt sich die Todesrate durch Krebs. Um 1970 war dieser Wert ebenso gering wie der EU-Schnitt. Im Zuge der Demokratisierung zog er jedoch derart stark an, sodass Ungarn nunmehr der einsame Spitzenreiter in Sachen Krebserkrankung ist, im Besonderen Lungenkrebs - durch eine stark ausgeprägte Rauchgewohnheit.

Positive Veränderungen gab es im Bereich der Auftretenshäufigkeit von Syphilis, Masern, Pertussis und HIV finden. Die Säuglingssterblichkeit hat eine merkliche Verbesserung in den letzten Jahren gezeigt. Erfreulich ist ein sichtbares Sinken der Sterblichkeit durch Straßenverkehrsunfälle ausgehend von einem hohen Niveau. Mit dem Anschluss an den Westen und dem folgenden Zugang zu schnellen Automobilen bei gleich bleibender Straßensituation hat dieser Wert sein Maximum bereits erreicht.

## 5.2 Gesundheitssystem

### 5.2.1 Einteilung der Gesundheitssysteme:

Gesundheitssysteme werden im Wesentlichen in folgenden drei Gesundheitssystemmodellen eingeordnet:

*Beveridge-Modell:* Dieses Modell eines Nationalen Gesundheitsdienstes ist ein Modell mit überwiegend staatlicher Finanzierung und häufig staatlicher Produktion/Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (staatliche Bereitstellung bedeutet, dass die Leistungserbringer wie Ärzte und Apotheker sowie medizinische Hilfsberufe in einem Beschäftigungsverhältnis mit Arbeitgebern der öffentlichen Hand stehen). Das Beveridge-Modell findet sich z. B. in Dänemark, Großbritannien, Irland, Spanien, Portugal, Finnland, Schweden, Norwegen und Italien. Länder Mittel- und Osteuropas haben ihre Wurzeln zumeist in einem staatlichen Gesundheitssystem des Semashko-Typs (N. A. Semashko war der erste Gesundheitsminister der Sowjetunion) mit vollständiger staatlicher Lenkung, Finanzierung und Organisation.

*Bismarck-Modell:* Hierbei handelt es sich um das Modell eines Sozialversicherungssystems, das weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und/oder Arbeitgebern finanziert wird, und durch

---

Gesundheitsleistungen, die unter staatlicher Aufsicht meist privat erbracht werden (z. B. Deutschland, Frankreich, Österreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Schweiz, Japan).

*Markt-Modell.* Dieses Modell ist geprägt durch überwiegend private Finanzierung und private Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sowie relativ wenigen staatlichen Eingriffen oder Kontrollen (Vereinigte Staaten von Amerika).

Alle Gesundheitssysteme werden demnach in traditioneller Sichtweise zwischen einem "privaten" oder "marktorientierten" System wie z.B. in den USA und einem "öffentlichen" oder "staatlichen" System wie im Vereinigten Königreich eingeordnet.

Allen Systemen ist gemeinsam, dass sie in unterschiedlichem Maß Gerechtigkeit herstellen. Marktorientierte, nicht budgetierte Systeme verlieren möglicherweise eher die Kontrolle über die Ausgaben. Patientenorientierung lässt vielleicht besonders in staatlich gesteuerten Systemen zu Wünschen übrig. Die Effizienz der Produktion und Bereitstellung von Leistungen kann wohl in allen Systemen verbessert werden. Im Sinne der Solidarität wird in keinem industrialisierten Land die Gesundheitsversorgung vollständig dem Markt überlassen.

### **5.2.2 Gesundheitssystem in Deutschland**

Das deutsche Gesundheitssystem legt den Schwerpunkt eher auf allgemeine Zugänglichkeit sowie auf ein hohes Niveau an Leistungserbringern und technische Ausstattung als auf Kosteneffektivität oder Kostenbegrenzung (trotz aller gesetzgeberischen Bemühungen um Kostendämpfung). Diese Prioritätensetzung wird von der Öffentlichkeit unterstützt. Nach diesen Kriterien beurteilt funktioniert das deutsche Gesundheitssystem gut. Wartelisten und explizite Rationierung sind praktisch unbekannt.

Obwohl die Gesundheitsausgaben seit 1970 absolut um das Fünffache stiegen, blieb ihr Anteil am BIP relativ stabil – zumindest bis zur Wiedervereinigung.

Inzwischen wird eher von einer Finanzierungskrise als von einer Ausgabenkrise oder Kostenexplosion ausgegangen.

Zwei Faktoren sind in dieser Hinsicht von besonderer Bedeutung:

- einerseits schmälert die hohe Arbeitslosenquote die Finanzierungsbasis des Sozialversicherungssystems.
- andererseits ist Arbeit für einen zusehends kleineren Teil des nationalen Einkommens verantwortlich, während der Kapitalanteil weiter wächst.

Diese Faktoren führen zu einer relativen Abnahme des Mittelflusses in das Sozialversicherungssystem, dessen Beiträge lediglich auf Erwerbstätigkeit basieren. Durch die Wiedervereinigung sind die Gesundheitsausgaben als Prozentanteil am BIP jedoch stark gestiegen (und auf einem hohen Niveau geblieben), da die Pro-Kopf-Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern annähernd gleich sind, das BIP jedoch nicht. Kostendämpfung wird daher weiterhin einen Spitzenplatz auf der politischen Agenda behalten und Budgets werden in absehbarer Zukunft bestehen bleiben. Einen weiteren Fokus wird es auf die Änderung derjenigen Vergütungsmechanismen geben, die gegenwärtig unnötige und übermäßige Behandlungen fördern, wie beispielsweise Tagespflegesätze in Krankenhäusern, die ab 2003 durch ein umfassendes diagnosebezogenes Pauschalensystem ersetzt werden.

In Deutschland gibt es hinsichtlich Regulierung des Leistungskataloges und Steuerung der Verbreitung von Technologien in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems bemerkenswerte Inkonsistenzen. Grundsätzlich ist der ambulante Sektor den Leistungskatalog sowie Verbreitung und Nutzung von Technologien betreffend wesentlich stärker als der Krankenhausbereich reguliert..

Eine deutliche Schwäche des deutschen Systems in Hinblick auf die Rehabilitation ist seine Aufgliederung, insbesondere einerseits zwischen GKV und Sozialer Rentenversicherung, (die den Großteil der rehabilitativen Versorgung abdeckt) und zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf der anderen Seite. Hinzu kommt die Spaltung der stationären und rehabilitativen Versorgung von der Langzeitpflege, die eine lange Tradition hat und eine Reihe von Akteuren umfasst. Der tatsächliche Umfang der Duplizität von Leistungen und der Zahl unangemessener Überweisungen, die entweder zu früh (durch sektorale Budgets) oder zu spät (durch Kommunikationsprobleme) erfolgen, ist nicht exakt quantifizierbar. Es gibt aber einen breiten Konsens über die zumindest potentiell negativen Auswirkungen für Patienten und Kostenentwicklung.

Der sektoralen Aufspaltung zugehörig ist die schwache Rolle der Primärversorgung und die fehlende Primärarztsystem-Funktion der Hausärzte. Die GKV Gesundheitsreform 2000 hat den Trennungsaspekt berücksichtigt, indem es zum Einen direkte Verträge zwischen Krankenkassen und „intersektoralen“ Gruppen von Leistungserbringern erlaubt und zum

---

Zweiten den Krankenkassen zugestanden wird, Gatekeeping auf freiwilliger Basis einzuführen.

#### **5.2.2.1 DRGs (Diagnosis Related Groups):**

Hierunter verbirgt sich das international führende System zur Klassifikation von Krankheitsfällen zu homogenen Fallgruppen. Ende der Sechziger Jahre wurden sie in den USA entwickelt und dort ab 1983 im Medicaresystem als Basis von Fallpauschalen verwendet.

Die politischen Ziele der DRG-Einführung sind

- die Liegezeit in deutschen Krankenhäusern zu verkürzen,
- die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern zu vereinheitlichen ("gleicher Preis für gleiche Leistung"),
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen,
- Abbau von vermuteten Überkapazitäten im Krankenhausbereich,
- und insgesamt Kosteneinsparungen im stationären Bereich

Die Zuordnung eines Patienten zu einer DRG richtet sich nach Diagnose, Prozedur, Operation sowie Alter, Entlassungsgrund und bei Neugeborenen auch nach Geburtsgewicht.

Kritik am DRG-System:

- Während in anderen Ländern, die das DRG-System anwenden, von professionellen Dokumentationsassistenten kodiert wird, gilt in Deutschland die Codierung von Diagnosen und Prozeduren noch in erster Linie als Aufgabe des Arztes. Dadurch wird die administrative Tätigkeit der Krankenhausärzte deutlich erhöht, es bleibt weniger Zeit für die Patienten.
  - Auch im Verwaltungsbereich der Krankenhäuser und Kostenträger steigt der Aufwand. Während bisher der Preis für eine Behandlung relativ einfach durch Multiplikation zu ermitteln war, ist jetzt medizinisches Wissen zur Überprüfung der Abrechnung erforderlich.
  - Während die Verweildauerbezogene Abrechnung aus ökonomischer Sicht Anreiz für eine Verzögerung der Behandlung war, ist die Abrechnung nach DRG-
-

Fallpauschalen Anreiz für eine zu frühzeitige Entlassung (Stichwort: "Blutige Entlassung")

- Die DRGs bilden insbesondere in bestimmten Bereichen (Unfallchirurgie, Kinderheilkunde, u.a.) die tatsächliche Behandlung noch nicht differenziert genug ab, so dass die resultierende Vergütung nicht "sachgerecht" ist.
- Ein Fallpauschalensystem bietet Anreize, sich innerhalb von Fallgruppen auf möglichst "einfache" oder standardisierte Fälle zu spezialisieren. Die Versorgung komplexerer Fälle wird dadurch eingeschränkt oder auf andere Anbieter verlagert.
- Die Teilnahme an der DRG-Kalkulation ist für die Krankenhäuser freiwillig. Dadurch sind die Einfließenden Daten nicht repräsentativ.
- Enorm hohe Kosten und Anforderungen bzgl. Der Implementierung von DRG-Systemen im Krankenhauswesen.

Die Philosophie des DRG-Systems lautet: Gleiches Geld für gleiche Leistung, unabhängig davon, in welchem Krankenhaus die Leistung erbracht wird. Auf der Leistungsebene werden die Krankenhäuser somit gleich behandelt, was aufgrund ihrer unterschiedlichen Startchancen insgesamt jedoch zu einer Ungleichbehandlung führt. Systembedingt wird es eine Einteilung in A- und B- Krankenhäuser geben. Die Krankenhäuser der A-Klasse werden sofort mit der Einführung des Systems aufgrund ihrer unterdurchschnittlichen Fallkosten Gewinne erwirtschaften, die Krankenhäuser der B-Klasse aus rein systemtechnischen Gründen Verluste. Unter der Abkürzung DRG kann man somit nicht nur „diagnosis related groups“ verstehen, sondern in freier deutscher Übersetzung auch: „Degressiver Ressourcen-Gebrauch“. Denn genau dies ist die zentrale Anreizwirkung des Entgeltsystems. Ein Krankenhaus muss im Prinzip nur in der Lage sein, eine durchschnittliche Leistung mit unterdurchschnittlichen Kosten zu erringen, um dadurch überdurchschnittlich zu wirtschaften. Hinzu kommt, dass der degressive Ressourcengebrauch auch dazu führt, dass das System insgesamt ein längerfristig absinkendes Durchschnittserlösniveau aufweisen wird (Absenkung des Basisfallwerts).

### 5.2.3 Gesundheitssystem Ungarn:

Ungarn kann als vorsichtiger Reformer in Bezug auf dessen Gesundheitssektor bezeichnet werden. Das Land durchlief in den letzten Jahren eine Reihe massiver Veränderungen. Nicht nur die neuen Anforderungen an die Mitgliedschaft in der Europäischen Union, sondern auch die Überwindung alter Strukturen und Denkweisen aus den vergangenen Jahrzehnten und Jahrhunderten prägten das Erscheinungsbild im Gesundheitsbereich.

Die Hauptpunkte der strukturellen Reorganisation des Gesundheitsversorgungssystems während der 90er Jahre waren:

- die Errichtung einer nationalen Krankenversicherung,
- dezentralisierte Finanzierung,
- die Möglichkeit für Familienärzte, sich aus öffentlichen sowie privaten Quellen zu finanzieren,
- Stärkung der Familienärzte,
- Reduzierung der staatlichen Einflussnahme im Gesundheitssektor,
- Gesundheitsaufklärung,
- Implementierung von Public Health Theorie.

Die Zahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Personen liegt über dem EU-Durchschnitt, die ärztliche Versorgungsdichte (Ärzte pro 100.000) bewegt sich im EU-Durchschnitt. Auffallend ist eine geringe Zahl an Krankenschwestern und -pflegern.

Bei 1/5 BIP (€) im Vergleich mit dem EU-Schnitt liegen die Gesundheitsausgaben um knapp 2% niedriger als im EU-Vergleich jedoch knapp höher als der Referenzländerwert.

Hausärzte werden per Kopfpauschale vergütet im Gegensatz zum stationären Bereich durch DRG(Fallpauschalen). Der private Sektor spielt bis heute keine große Rolle in der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen.

---

## 5.3 Aussichten:

### 5.3.1 Was haben die reichen Länder, was die ärmeren nicht haben?

Besteht ein Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheit?

Internationaler Vergleich

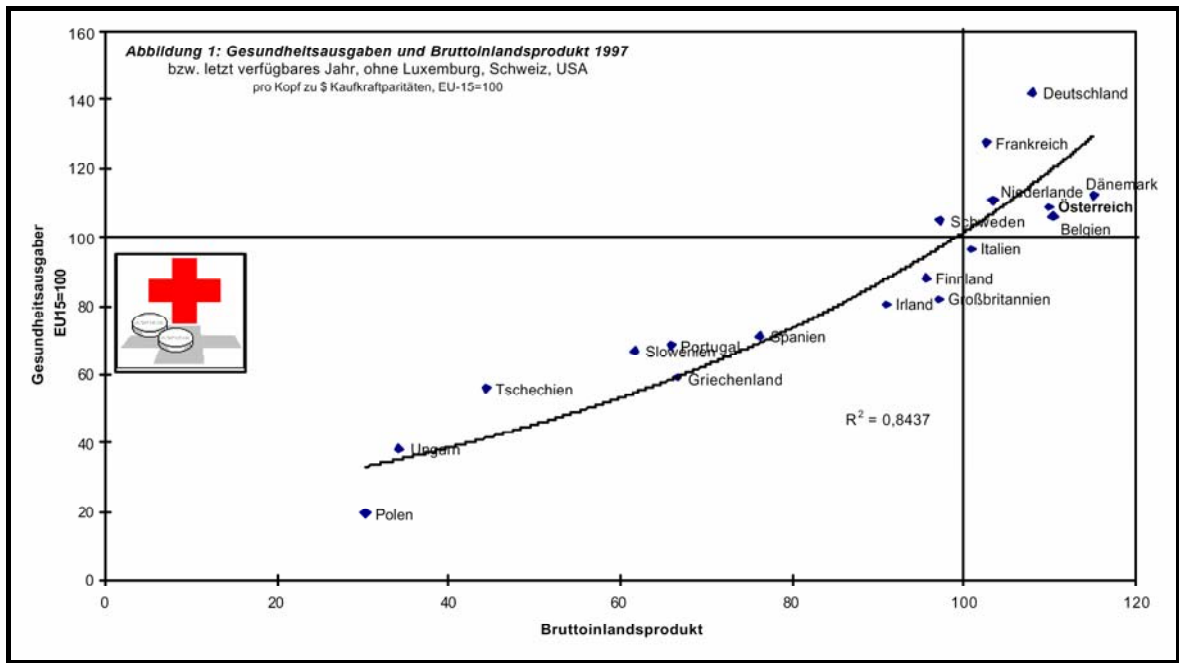


Abbildung 52: Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt 1997 pro Kopf zu \$ Kaufkraftparitäten.  
Quelle: Health System Watch 1/99 IHS

In der oben aufgeführten Abbildung wird ein Vergleich zwischen Bruttoinlandsprodukt (BIP) und der jeweiligen Gesundheitsausgaben aufgestellt. Bis zu einer gewissen Höhe des BIP verhalten sich die Ausgaben für den Gesundheitssektor in einem grob linearen Verhältnis. Mit steigendem BIP nimmt die Kurve einen exponentiellen Charakter an. Dies weist darauf hin, dass ab einem bestimmten Wohlstandsniveau die Einkommenszuwächse offensichtlich von überproportionalen Ausgabenzuwächsen begleitet sind.

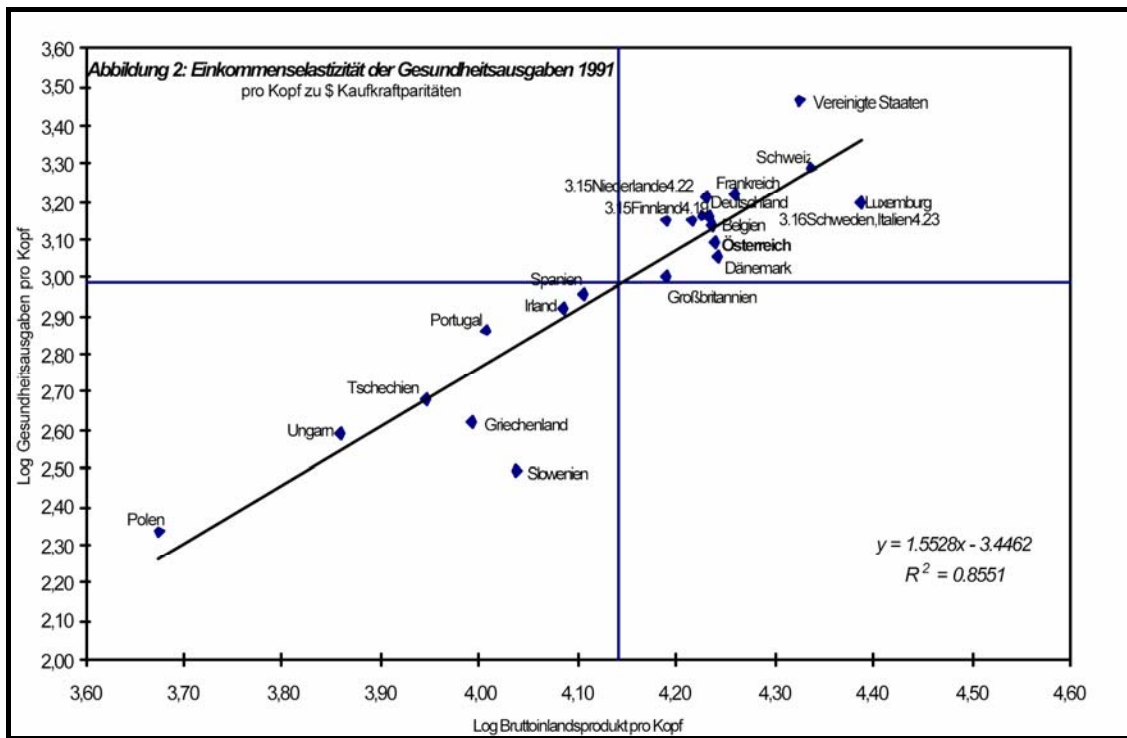


Abbildung 53: Einkommenselastizitäten der Gesundheitsausgaben 1991. Quelle: Health System Watch 1/99 IHS

Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sind die Gesundheitsausgaben in Polen relativ zum EU-Durchschnitt niedriger.

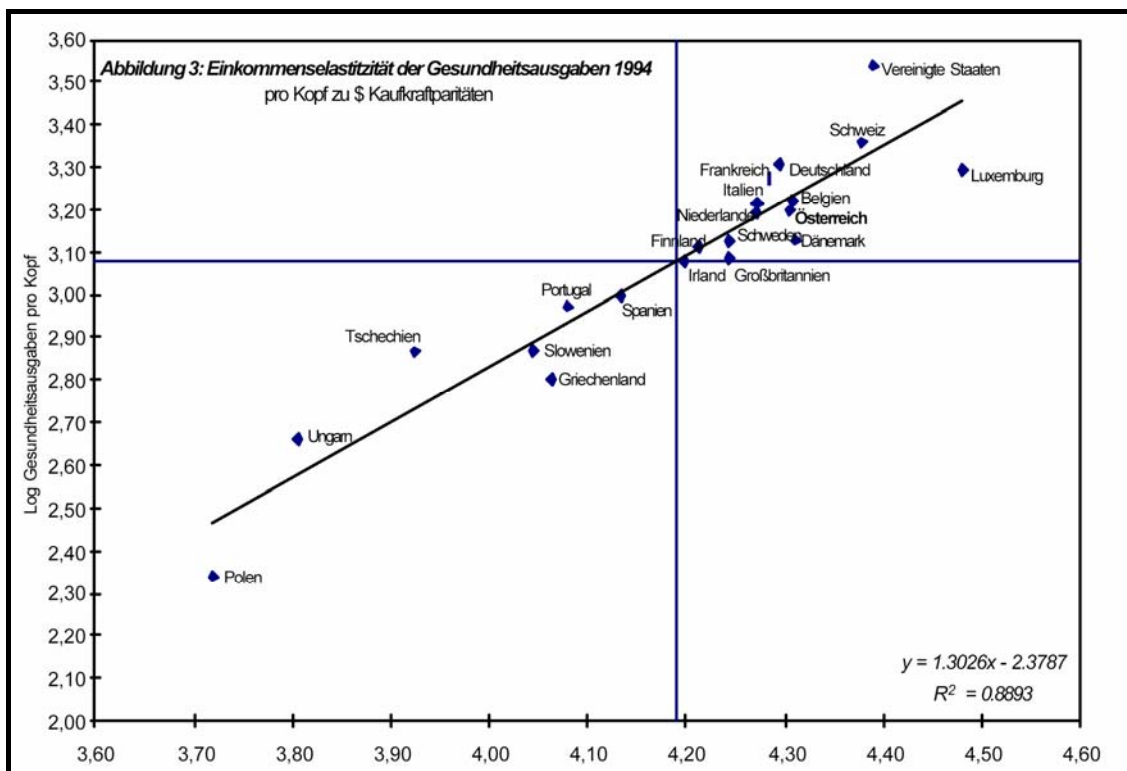


Abbildung 54: Einkommenselastizitäten der Gesundheitsausgaben 1994. Quelle: Health System Watch 1/99 IHS



Dies gilt auch für Slowenien/Ungarn, ebenso für Griechenland. In den reichen Ländern wie in Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Niederlanden, in der Schweiz und in den USA sind die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt höher.

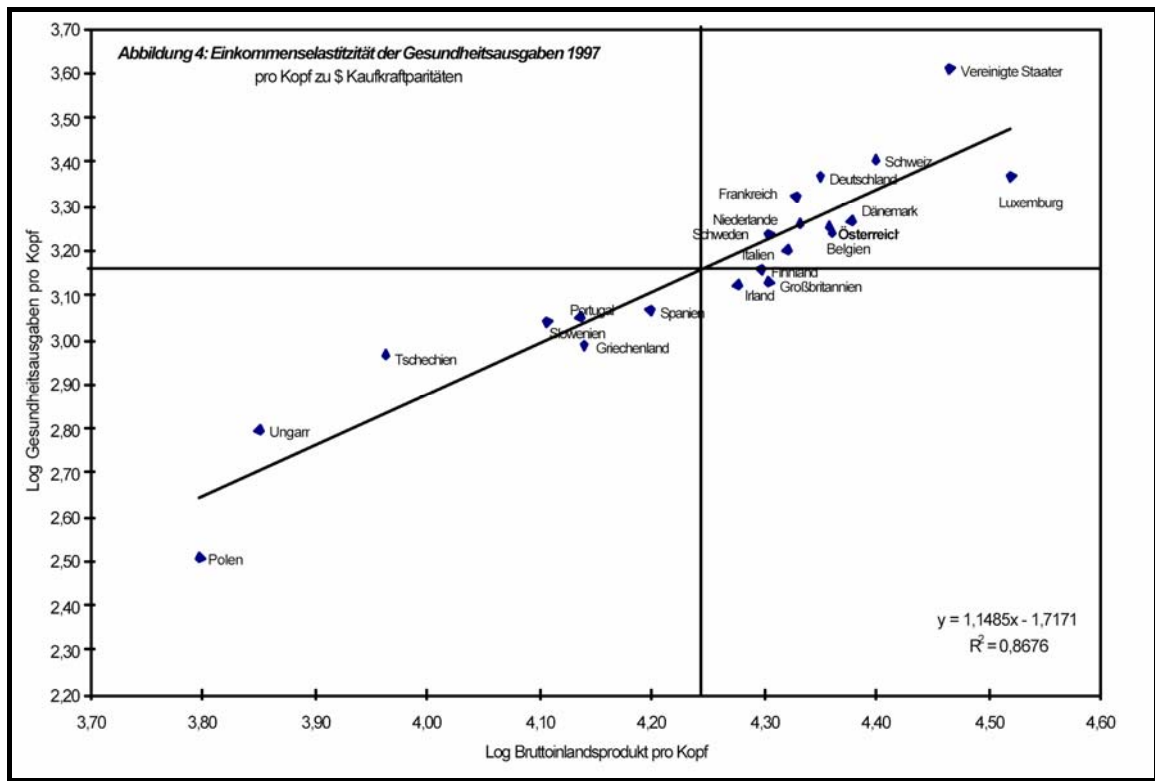


Abbildung 55: Einkommenselastizitäten der Gesundheitsausgaben 1997. Quelle: Health System Watch 1/99 IHS

Im Folgenden werden der Zusammenhang zwischen den beiden Aggregaten Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben näher untersucht und Elastizitäten geschätzt. Die Beziehung zwischen den Ausgaben und dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen wird für diesen Zweck in einer Linie dargestellt und die Steigung der Linie im Länderquerschnitt geschätzt. Die prozentuelle Veränderung der Gesundheitsausgaben, basierend auf der prozentuellen Veränderung des gesamtwirtschaftlichen Einkommens, ist ein nützliches und übliches Maß, um zu erkennen, welchen Einfluss unterschiedliches Einkommen in Hinblick auf die Höhe der Gesundheitsausgaben hat.

Es lässt sich somit zusammenfassen, dass „höhere Wachstumsraten der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben relativ zu den Wachstumsraten des Pro-Kopf-Einkommens darauf hinweisen, dass die Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens „Luxusgüter“ sind. Allerdings zeichnete sich in der Mitte der 90er Jahre global eine Verlangsamung der Ausgabenexpansion ab, die verstärkt von den EU-Ländern auszugehen scheint. In den EURO Ländern war 1997 das Ausgabenwachstum leicht unterproportional zum Einkommenszuwachs.“ [IHS-HealthEcon 1999]

Das Bruttoinlandsprodukt und die Gesundheitsausgaben pro Kopf – bereinigt um Kaufkraftunterschiede auf Dollarbasis – waren für die Jahre 1991, 1994, 1996 und 1997 signifikant assoziiert. Der Anstieg der Geraden in den obigen drei Abbildungen veranschaulicht die Elastizität, die die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben pro Kopf relativ zu den Wachstumsraten der Pro-Kopf-Einkommen widerspiegelt. Die vorhergehende Abbildung fasst diese Entwicklung zusammen. Darüber hinaus wurden Ländergruppen gebildet. Dabei zeigte sich, dass sich – global betrachtet – die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben zwischen 1991 und 1997 um 25% verringerte und 1997 1,15 betrug. Die Verringerung zwischen 1991 und 1994 betrug 16%, zwischen 1994 und 1997 betrug sie 8%. 1997 wurde im Vergleich zu den Jahren 1991 und 1994 entweder relativ wenig für das Gesundheitswesen ausgegeben oder andere, durch die Beziehung zwischen Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben nicht erfassten Einflussgrößen sind relativ stärker geworden. Der “Luxusgutcharakter” der Leistungen des Gesundheitswesens relativiert sich somit bzw. andere Faktoren wie Strukturumstellung und/oder neue institutionelle Regelungen bzw. neue “Marktformen” wurden zunehmend dominanter. Bei mehr Eigenleistung und Selbstbeteiligung steigt erfahrungsgemäß der „Handverkauf“, d.h. der Verkauf der rezeptfreien Medikamente (OTC= Over the counter) in den Apotheken. Ebenso bieten Arztpraxen die sog. IGEL-Leistungen an. Darunter versteht man entweder präventive Maßnahmen oder ärztliche Leistungen, die aus dem Leistungskatalog gestrichen wurden.

### **5.3.2 Führt wirtschaftliche Leistungskraft zu besserer Gesundheit?**

Der Zusammenhang zwischen größerem Reichtum und besserem Gesundheitszustand ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Er gilt sowohl auf der Makroebene, wie Untersuchungen über zumeist westliche Industrieländer dokumentieren, aber auch auf der Mikroebene. Außerdem gibt es Belege dafür, dass nicht nur höheres Einkommen, sondern auch gleichmäßiger verteiltes Einkommen mit besserem Gesundheitszustand einhergeht. Dieser Zusammenhang wurde sowohl in Ländervergleichen als auch auf der Ebene von Einzelpersonen festgestellt. Wird das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf als Maß für Reichtum und die Lebenserwartung bei Geburt als Näherungswert für den Gesundheitszustand akzeptiert, lässt sich der angesprochene Zusammenhang auf internationaler Ebene wie in der nachfolgenden Abbildung darstellen. Je nach Modellspezifikation erklären allein Unterschiede in der Höhe des BIP pro Kopf bis zu drei Viertel der Abweichungen der

durchschnittlichen Lebenserwartung. Die nächste Abbildung bildet die Werte für europäische Länder und die Nachfolgestaaten der Sowjetunion ab. Es lassen sich einzelne Cluster ausmachen: Die EU-Länder verbinden ein hohes pro Kopf Einkommen mit einer ebenfalls hohen Lebenserwartung; die vergleichsweise armen Nachfolgestaaten der Sowjetunion verzeichnen eine deutlich niedrigere Lebenserwartung. Einige südliche EU-Länder und Beitrittskandidaten der EU liegen zwischen diesen beiden Gruppen. Die Grafik verdeutlicht, dass Steigerungen des Pro-Kopf-Einkommens bei niedrigem Ausgangsniveau mit deutlich höheren Gewinnen an Lebenserwartung einhergehen als bei höherem Ausgangsniveau.

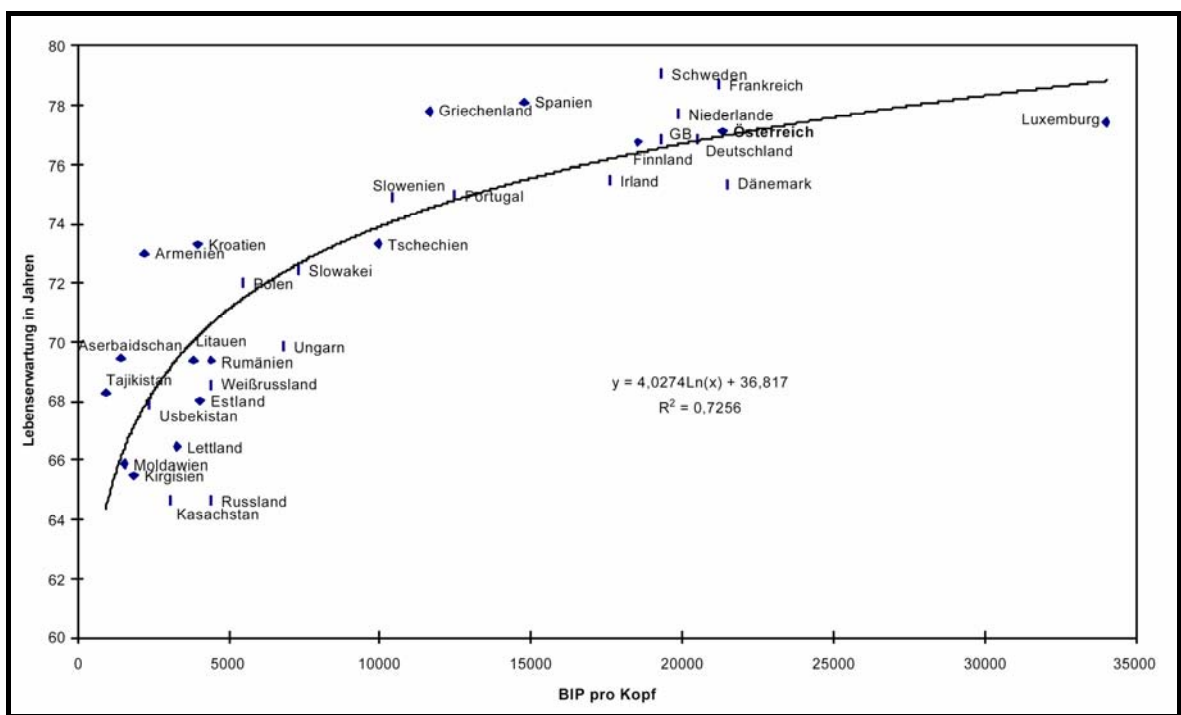


Abbildung 56: Lebenserwartung und Einkommen pro Kopf in US\$ zu Kaufkraftparitäten (1995).

Quelle: WHO Health for All 1999, IHS-HealthEcon 1999

Wird die Untersuchung auf homogenere Ländergruppen wie z. B. auf die EU-Länder eingeschränkt, geht der Erklärungswert des Einkommens für die zu erwartende Lebenslänge zum größten Teil verloren. Bei ähnlich hohem Lebensstandard sind andere Faktoren für den Gesundheitszustand offenbar wesentlich einflussreicher als die genaue Einkommenshöhe. Zu diesen Faktoren könnten der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP gehören, der Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch nicht unmittelbar dem Gesundheitsbereich zurechenbare Faktoren wie Lebensstil, Kriminalität oder Verkehrssicherheit.

## 6. Zusammenfassung

Gesundheitssysteme existieren, seit Menschen versuchen, ihre Gesundheit zu schützen und Krankheiten zu behandeln. Organisierte Gesundheitssysteme im modernen Sinn, die der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen, gibt es jedoch erst seit rund einhundert Jahren und flächendeckend überwiegend nur in industrialisierten Ländern. Länder mit einer Bevölkerung, die der unteren und der mittleren Einkommensklasse zuzurechnen sind, tragen nur zu 18 Prozent des weltweiten Einkommens und nur zu 11 Prozent der globalen Gesundheitsausgaben bei. Demgegenüber leben 84 Prozent der weltweiten Bevölkerung in diesen Ländern und tragen 94 Prozent der globalen Krankheitslast. [WHO, Health Report 2000]

Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem in Deutschland:

Hervorzuheben ist eine hohe Lebenserwartung in Deutschland, die durch eine konstante Reduzierung der häufigsten Todesursachen sowie der Kinder- und Müttersterblichkeit bedingt ist. Alarmierend ist die relativ hohe Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-, ischämisch bedingte Erkrankungen und eine weit verbreitetes Auftreten von Neoplasien.

Im deutschen Gesundheitssystem wird der Schwerpunkt auf allgemeine Zugänglichkeit sowie ein hohes Niveau an Leistungserbringern und technischer Ausstattung gelegt. Nach diesen Kriterien beurteilt, funktioniert das deutsche Gesundheitssystem gut. Wartelisten und explizite Rationierungen sind praktisch unbekannt. Erkauft wird dies allerdings mit einem hohen und stetig steigenden Ausgabenvolumina. Einen besonders hohen Anteil an diesen Volumina tragen Bereiche wie Rehabilitation, Pflege und Arzneimittel.

Eine deutliche Schwäche des deutschen Gesundheitssystems ist seine Aufgliederung und strenge Trennung insbesondere zwischen GKV und Sozialer Rentenversicherung, wovon letztere den Großteil der rehabilitativen Versorgung abdeckt, auf der einen Seite und zwischen ambulanter und auf der anderen Seite stationärer Versorgung. Zusätzlich gibt es die Aufteilung der stationären und rehabilitativen Versorgung der Langzeitpflege, die eine lange Tradition hat und im stationären Bereich mit Kosten verbunden ist. Die fehlende „Gatekeeper“-Funktion oder Primärarztfunktion ist typisch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern. Aktuelle Reformbewegungen setzen an diesen Schwachstellen an. Bereits in der GKV Gesundheitsreform 2000 wurde der Trennungsaspekt dadurch berücksichtigt, dass das Gesundheitssystem erstens direkte Verträge zwischen Krankenkassen und „intersektoralen“ Gruppen von Leistungserbringern erlaubt und

---

zweitens den Krankenkassen zugestanden wird, Gatekeeping auf freiwilliger Basis einzuführen. Integrierte Versorgungsmodelle und Managed-Care-Ansätze sind bisher noch unzureichend entwickelt. Wettbewerbselemente wurden zwar 1996 durch die Wahlfreiheit auf der Ebene der Krankenversicherung eingeführt, jedoch zeigt sich bisher noch keine effektiver Wettbewerb. Entwicklungsbedürftig erscheinen darüber hinaus einheitliche Systeme der Qualitätssicherung unter Einbeziehung evidenz-basierter Medizin sowie eine Stärkung der Patientenrechte. Im Hinblick auf die solidarische Ausrichtung des Systems ist insbesondere die derzeitige Form der privaten Krankenversicherung zu hinterfragen.

#### Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem in Ungarn:

Im Vergleich lässt Deutschland lässt sich in Ungarn eine niedrigere Lebenserwartung von über 8 Jahren für die männliche, sowie 5,7 Jahren für die weibliche Bevölkerung erkennen. Neben dem Rückgang der Geburtenziffer ist die relativ hohe Sterblichkeitsrate anzuführen. Auch wenn in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen in Bereichen wie Mutter- und Kindsterblichkeit sowie ischämisch und neoplastisch bedingte Erkrankungen erzielt wurden, ist die Gesundheit der ungarischen Bevölkerung als schlecht zu bewerten. Positive Zeichen lassen sich im Bereich der Häufigkeit des Auftretens von Syphilis, Masern, Pertussis und HIV finden. Erfreulich ist eine von einem hohen Niveau ausgehende signifikante Reduzierung der Straßenverkehrsunfälle mit Todesfolge.

Ungarn hat sich für ein soziales Sicherungssystem – insbesondere Krankenversicherungssystem - entschieden. Die gesamtwirtschaftliche Situation gilt als stark genug, den Transformationsweg hin zu einem Versicherungssystem zu begehen. Das empfehlenswerteste System zeichnet sich durch eine gesetzliche Basisversorgung plus einer privaten Zusatzversicherung aus. Jedoch zeigt sich bei der Ausgestaltung dieses Versicherungsmodells, dass die ungarische Regierung z.B. mit der Errichtung einer Nationalen Krankenversicherung nicht vorsieht, weitere Kassen zuzulassen. Damit wird ein Wettbewerb im Pflichtversicherungsbereich blockiert. Positiv zu bewerten ist die strikte Vorgehensweise bei der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, wenn auch die Finanzierung im ambulanten Bereich per Einzelleistung als Ergänzung zu Kopfpauschalen für Diskussion sorgte. Im Stationären Bereich wurde bereits auf eine Finanzierung durch Fallpauschalen gesetzt.

Im Wesentlichen zeigt sich bei der Betrachtung der Reformvorgänge im Gesundheitswesen, dass zwar suffiziente Maßnahmen erkannt wurden, der eingeschlagene Reformweg jedoch nicht mit aller Konsequenz begangen wird. Zu nennen wäre eine

---

notwendige Umwandlung der medizinischen Einrichtungen im Sinne von HMO-Systemen und die nachhaltige Verwendung der DRG-Modelle.

Aus Sicht des Instruments der DCEI kann von einer positiven Entwicklung für Ungarns Wirtschaftskraft ausgegangen werden. Realwirtschaftlich, fiskalisch sowie institutionell ist Ungarn auf gutem Wege zur Konvergenz. Es kann von einem positiven Umfeld für die ungarische Wirtschaft gesprochen werden. In welchem Umfang nun die Wirtschaftlichkeit eines Landes mit der jeweiligen Lebenserwartung zusammenhängt, verdeutlicht Abbildung 56. Die Steigerungen des Pro-Kopf-Einkommens einer Bevölkerung bei niedrigem Ausgangsniveau geht einher mit deutlichen Gewinnen an Lebenserwartung. Diese deutliche Korrelation zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und dem Gesundheitsstatus im Allgemeinen gab es auch bei der Verteilung und Höhe des Einkommensunterschieds.

Kein signifikanter Zusammenhang konnte gefunden werden zwischen den Indikatoren Zahl der Ärzte und Zahl an Krankenhausbetten, Gesamtausgaben für Gesundheit, Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten, für welche erfolgversprechende Therapien zur Verfügung stehen und den öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung.

Für die Beschreitung der Transformation des ungarischen Gesundheitswesens bedarf es einer „Schritt-für-Schritt-Implementierung“ (Kornelia van der Beek 2000 Europäische Hochschulschriften) hin zu einem System der dualen Krankenversicherung, einem System mit sozialer Krankenversicherung für die Basisversorgung sowie das Angebot einer freiwilligen privaten Krankenversicherung, um aufgrund moderner volkswirtschaftlicher Orientierung mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit, Liberalität und Eigenbeteiligung zu verwirklichen.

---

## 7. Glossar

**BIP (Bruttoinlandsprodukt) :** Die Zusammenfassung des Wertes aller produktiven Leistungen, die von sämtlichen im Inland aktiven Produktionsfaktoren erbracht werden. Nicht unterschieden wird dabei, ob dieses Produkt von Inländern oder Ausländern erzeugt wird.

**CVD (cardiovascular disease):** Alle Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, einschließlich der koronaren Herzkrankheiten und der Gehirn-Gefäßkrankheiten.

**Elastizitäten:** Das Konzept der Elastizitäten erlaubt zu quantifizieren, um wie viel Prozent die Gesundheitsausgaben steigen, wenn das gesamtwirtschaftliche Einkommen um ein Prozent steigt. Eine Einkommenselastizität von 1 bezeichnet eine Situation, in der eine einprozentige Erhöhung des Einkommens zu einer einprozentigen Erhöhung der Ausgaben führt (konstante Elastizität). Ist die Elastizität größer als 1, wird damit ausgedrückt, dass die Ausgaben schneller steigen als das gesamtwirtschaftliche Einkommen ("Luxusgutcharakter" der Gesundheitsausgaben).

**Gesamt-Fruchtbarkeitsrate:** Die durchschnittliche Anzahl von Kindern, die während der Lebenszeit einer Frau lebend geboren werden.

**Inzidenzrate:** Die Anzahl von neuen Fällen einer Krankheit, die in einer Bevölkerung pro 100.000 auftritt während eines angegebenen Zeitraum (normalerweise 1 Jahres).

**Kaufkraftgleichheit (PPP= Purchasing power parity):** Ein standardisiertes Maß der Kaufkraft einer Landeswährung basierend auf einen „spezifischen Korb“. Gewertet wird, wie viele Einheiten der Landeswährung für den Erwerb dieses Korbes benötigt werden (normalerweise im Vergleich mit US-Dollars).

**Lebenserwartung ab Geburt:** Geschätzte Anzahl der durchschnittlichen Jahre, die ein neugeborenes Kind erwarten kann, vorausgesetzt dass die vorherrschende Alterungsmuster zum Zeitpunkt der Geburt sich im Laufe dieses Kindes nicht verändert.

**MOE:** Die 12 mittel- und osteuropäischen Länder mit ehemals sozioökonomischer Planwirtschaft, welche als Referenzländer verwendet werden.

**Prävalenz Rate:** Die Gesamtzahl an Einwohnern, die eine Krankheit oder jedes andere Attribut pro 100.000 zu einer angegebenen Zeit oder innerhalb eines Zeitraumes aufweisen können.

**Säuglingssterblichkeitsrate:** Die jährliche Anzahl an toten Kindern, die pro 1.000 Lebendgeburten weniger als 1 Jahr alt wurden.

**Standardisierte Sterblichkeitsrate (SDR):** Eine Sterblichkeitsrate (normalerweise pro 100.000 Bevölkerung) angepasst an die Altersstruktur einer standardeuropäischen Bevölkerung.

---

## 8. Abkürzungen

\$	Amerikanische Dollar
AMA	American Medical Association
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BIP (GIP)	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSP	Bruttosozialprodukt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DM	Deutsche Mark
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FSU	Staaten der Früheren Sozialistischen Union
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkassen
KKP (PPP)	Kaufkraftparität (Purchasing Power Parity)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MOEL (CEEC)	Mittel- und Osteuropäische Länder
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ORP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Allgemeine Krankenkasse)
PHARE	EU-Hilfsprogramm in MOEL
PKV	Private Krankenversicherung
RFL	Referenzländer
SDR	Standardisierte Sterblichkeitsrate
StBA	Statistisches Bundesamt
TBC	Tuberkulose
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)



## 9. Literaturverzeichnis

1. **Abschlussbericht.** Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut, 1999.
  2. **Altenstetter, C** et al. Health policy reform, national variations and globalization. Basingstoke, Macmillan, 1997 (Advances in Political Science).
  3. **Altenstetter, C.** From Solidarity to Market Competition? Values, Structure, and Strategy in German Health Policy, 1883–1997. In: F.D. Powell und A. Wessen (Hrsg.), Health Care Systems in Transition. Thousand Oaks-London- New Delhi: SAGE Publications, 1999, S. 47–88.
  4. **Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W.** Krankenhaus.Report '99. Schattauer, 2000
  5. **Asmuth, M, Blum K, Fack-Asmuth, W.G., Gumbrich, G., Müller, U. und Offermanns, M.** Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995.
  6. **BASP.** Tobacco and health in the European Union. An overview. Brussels, European Bureau for Action on Smoking Prevention, 1994.
  7. **Blane, D. ET AL.** Health and social organization: towards a health policy for the twentyfirst century. London, Routledge, 1996.
  8. **Brenner, H. ET AL.** Incidence and prognosis of breast cancer in young women in relation to changes in the risk factor profile. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 50(9): 683.688 (1990).
  9. **Brenner, H. ET AL.** Projection of new cancer diseases to the year 2002. A contribution to health planning in public health by the Saarland cancer registry. Gesundheitswesen, 55(12): 648.652 (1993).
  10. **Brown, L.D. und Amelung, V.E.** „Managed Competition“: Market Reforms in German Health Care. Health Affairs, 1999, 18(3): 76–91.
  11. **Busse, R. & Schwartz, FW.** Herausforderungen an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Arbeit& Sozialpolitik, **51**(11/12): 51-57 (1997).
  12. **Busse, R.** Priority-setting and Rationing in German Health Care. Health Policy, 1999, 50(1/2): 71–90.
  13. **Busse, R. und Howorth, C.** Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Cost and Quality.
  14. **Busse, R. und Howorth, C.** Kostendämpfung in Germany: Twenty Jahre Experience. In: E. Mossialos und J. LeGrand (Hrsg.), Health Care and Cost containment in the European Union. Aldershot: Ashgate, 1999, S. 303–339.
  15. **Busse, R. und Sschwartz, F.W.** Financing Reforms in the German Hospital Sector – From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees. Medical Care, 1997, 35(10):
-

- OS40–OS49.
16. **Busse, R., Howorth, C. und Schwartz, F.W.** The Future Development of a Rights-based Approach to Health Care in Germany: More Rights or Fewer? In: J. Lenaghan (Hrsg.), *Hard Choices in Health Care – Rights and Rationing in Europa*. London: BMJ Publishing Group, 1997, S. 21–47.
  17. **Chinitz, D.** Balancing competition and solidarity in health care financing. In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
  18. **Chinitz, D. ET AL.** Governments and health systems: implications of differing involvements. Chichester, Wiley, 1998.
  19. **Cochrane AL, AS Leger, F Moore:** Health service “input” and mortality “output” in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32(3): 200-205; zitiert aus WHO Report 2000.
  20. **Cooper-Mahkorn, D.** Germany: Doctors training to change. *British medical journal* 318: 832 (1999).
  21. **COUNCIL OF EUROPE.** Recent demographic developments in Europe – 1997. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
  22. **COUNCIL OF EUROPE.** Recent demographic developments in Europe – 1999. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1999.
  23. **COUNCIL OF EUROPE.** Recent demographic developments in Europe. Strasbourg, Council of Europe Press, 1994b.
  24. **COUNCIL OF EUROPE.** Recent demographic developments in Europe. Strasbourg, Council of Europe Press, 1995.
  25. **COUNCIL OF EUROPE.** The demographic characteristics of national minorities in certain European states. Volume 1. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1998.
  26. **DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN:** Jahrbuch Sucht .99. Neuland, Geesthacht 1998.
  27. **DONABEDIAN, A.** The effectiveness of quality assurance. *International journal for quality in health care*, 8: 401–407 (1996).
  28. **ELEKES, Z. & PAKSI, B.** *Illegal drugs and youth*. Budapest, 2000.
  29. **Erklärung von Ljubljana zur Reform der Gesundheitsversorgung.** Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 1996 (Dokument EUR/ICP/CARE 9401/CN01).
  30. **EUROBAROMETER.** Urban congestion and public transport. Basic tables. Brussels, EU Directorate-General of Information, Communication and Culture, 1991.
-

- 
31. **Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme** <http://www.observatory.dk>
  32. **Europäisches Zentrum für epidemiologische Überwachung von AIDS.** HIV/AIDS surveillance in Europe: surveillance report, 60. Saint-Maurice, France, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1998.
  33. **Europarat.** Recent demographic developments in Europe – 1999. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1999.
  34. **EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS.** AIDS surveillance in Europe, quarterly report No. 44, 31 December 1994. Paris, 1994.
  35. **EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS.** AIDS surveillance in Europe, quarterly report No. 45, 31 March 1995. Paris, 1995.
  36. **European Committee for Standardization** (<http://www.cenorm.be>).
  37. **EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. EFQM** excellence model (<http://www.efqm.org>).
  38. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)** (<http://www.emcdda.org>).
  39. **European Parliament.** Health care systems in the EU A comparative study. Public health and consumer protection series 11. Luxembourg, 1998.
  40. **European Society for Quality in Health Care** ([www.esqh.net](http://www.esqh.net))
  41. **EUROSTAT.** Basic statistics of the Community. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1994.
  42. **EUROSTAT.** Basic statistics of the European Union. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995a.
  43. **EUROSTAT.** Demographic statistics. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995e.
  44. **EUROSTAT.** Demographic statistics. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1996.
  45. **EUROSTAT.** Disabled persons. Statistical data, 2nd edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995b.
  46. **EUROSTAT.** Education across the European Union. Statistics and indicators. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995c.
  47. **EUROSTAT.** Eurostat yearbook. 95. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995d.
-

48. **Fathalla, M.F.** Women's health: an overview. International journal of gynecology and obstetrics, 46: 105. 118, 1994.
  49. **FAZ** vom 14. Dezember 2002 „Ernüchterung bei den Beitrittskandidaten“ Reinhard Olt, S.4.
  50. **FAZ** vom 23. Oktober 1998: „Selbstbewusste Töne in der EU-Debatte. Die Regierung Orbán pocht auf die nationalen Interessen Ungarns“, von Michael Stabenow, S.16.
  51. **FEDERATION FOR INTERNATIONAL COOPERATION OF HEALTH SERVICES AND SYSTEMS RESEARCH CENTERS (FICOSER).** Proceedings of FICOSER research, health sector reform in central and eastern Europe: current trends and priority research. Warsaw, National Centre for Health Systems Management, 1999.
  52. **Filmer D, I Pritchett:** The impact of public spending on health: does money matter? Social Science and Medicine, 1999, 49(10):1309-1323, zitiert aus WHO Report, 2000.
  53. **Freudenstein, U. & Borgwardt G.** Primary medical care in former East Germany: the frosty winds of change. British medical journal, 304: 827-829, 1992.
  54. **Freudl, G. ET AL.** Has family planning behaviour in West Germany changed since 1985 Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 51(2): 127.134, 1991.
  55. **Galasi, P.** Income inequality and mobility in Hungary, 1992–1996. Florence: UNICEF International Child Development Centre (Innocent Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 64), 1998.
  56. **Garcia-Barbero, M.** Evaluating hospital effectiveness and efficiency. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/ICP/DLVR 03 05 03).
  57. **GESUNDHEIT21.** Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe “Gesundheit für alle”, Nr. 6).
  58. **Gesundheitsbericht EU** (2002)
  59. **Gesundheitsministerium (1997a).** Health care development in Hungary. Budapest, Medinfo, 1997.
  60. **Gesundheitsministerium (1997b)** Hungary's report to the WHO Regional Office for Europe on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997), unpublished, 1997.
  61. **Gesundheitsministerium** Germany's report to the WHO Regional Office for Europe. Robert Koch-Institut, 1997a.
  62. **Gesundheitsministerium.** Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999. Baden-
-

- Baden: Nomos, 1999 [erscheint alle zwei Jahre].
63. **Gesundheitsministerium.** Germanys report to the WHO Regional Office for Europe. Kiel, Institut für Gesundheits-System-Forschung, 1994.
64. **Gesundheitsministerium.** Health care in Germany. Meid + Partner, Bonn 1997b.
65. **Gesundheitsministerium.** <http://www.bmgesundheits.de/gkv/eckpu.htm>, 1999.
66. **Griffith, B.** Competition and containment in health care. International journal of health services, 30: 257–284, 2000.
67. **Ham, C.** Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press, 1997.
68. **Heise, L.L.** Violence against women: the hidden health burden. Washington DC, World Bank, 1994 (World Bank Discussion Papers No. 255).
69. **Henke, K.-D., Murray, M.A. und ADE, C.** Global Budgeting in Germany: lessons for the United States. Health Affairs, 1994, 13(4): 7–21
70. **Hepp, K.D.** Food consumption habits in Germany. Metabolism, 44(2, Suppl 2): 14.17, 1995.
71. **Heseker, H. ET AL.** An epidemiologic study of food consumption habits in Germany. Metabolism, 44 (2, Suppl2): 10.13, 1995.
72. **Hibell, B. ET AL.** The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug use Among Students in 26 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 1997.
73. **HIT Germany,** Health care systems in transition. Germany (WHO Regional Office for Europe, 2000 Observatory on health care systems).
74. **HIT Hungary,** Health care systems in transition. Hungary (WHO Regional Office for Europe, 1999 ,Observatory on health care systems).
75. **Hornung Dietmar Dr.,** FAZ Nr. 128 06.06.2002, Seite 14.
76. **Hungter, B. ED.** The statesman.s year-book 1995.96. London, Macmillan, 1995.
77. **Hunter, B. ED.** The statesman.s year-book 1994.95. London, Macmillan, 1994.
78. **Iglehart, J.** Health policy report: Germany health care system I. New England journal of medicine, 324(7): 503ñ508, 1991a.
79. **Iglehart, J.** Health policy report: Germany health care system II. New England journal of medicine, 324(24): 17501756, 1991b.
80. **International Society for Quality in Health Care (ISQUA)**  
(<http://www.isqua.org.au>).
81. **International Society for Quality in Health Care (ISQUA).** ALPHA – bringing the
-

- world of healthcare accreditation together  
(<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html> ).
82. **Jamison DT, Lau LJ, Wang J.** Health's contribution to economic growth, 1965-90. In Health, health policy and economic outcomes. Geneva, Health Development Satellite, Final Report 1998, zit. in Making a Difference, The World Health Report 1999, World Health Organization, Geneva, 1999.
  83. **Junge B.** Alkoholkonsum und die Folgen (The consumption of alcohol and the consequences). SOYKA
  84. **Junge B.** Tabak . Zahlen und Fakten zum Konsum (Tobacco . Figures and facts on the consumption
  85. **Kalo, I.** Development of quality of health systems in Europe. Eurohealth, 6(5): 20–22, 2000.
  86. **Kern A. Kupsch S.** Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Was bringt ein Blick über die Grenzen? (Uni Press Augsburg 2002).
  87. **Ketscher, K.D. ET AL.** Course and outcome of pregnancy in adolescents. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, **50**(11): 850.855, 1990.
  88. **King's Fund** (<http://www.kingsfund.org.uk>).
  89. **Klinische Alkoholismus-Diagnostik.** Steinkopff-Verlag. Darmstadt, 1999.
  90. **Kutzin, J.** A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health policy, 56: 171–204, 2001.
  91. **Kutzin, J. ET AL.** How health insurance affects the delivery of health care in developing Countries. Washington, DC, World Bank, 1992.
  92. **Lahm Christian** Keine günstige Diagnose für EU-Beitrittskandidaten Ärzte Zeitung, 10.12.2001.
  93. **Leatherman, S. ET AL.** International collaboration: harnessing differences to meet common needs in improving quality of care. Quality in health care, 9: 143–144, 2000.
  94. **Londond School of Economics and Political Science.** Health and social care ([http://www.lse.ac.uk/Depts/lse\\_health](http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health)).
  95. **Lubitz, J. & Riley, G.** Trends in Medicare payments in the last year of life. New England journal of medicine, 328: 1092–1096, 1993.
  96. **Mackenbach JP:** Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. Health Policy, 1991, 19: 245-255; WHO Report 2000.
  97. **Mackenbach, N.P.** The contribution of medical care to mortality decline: Mckeown
-

- Revisited. *Journal of clinical epidemiology*, 49: 1207–1213, 1996.
98. **McKee, M. & Healy, J., ED.** Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, Jahr.
  99. **MCKEE, M., , L., FULOP, N., HORT, A., BRAND, H., CASPAT, W. und BOJAN, F.** Explaining the Health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West
  100. **Mielck, A.** Krankheit und Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, Leske & Budrich, 1994.
  101. **MINISTRY OF SPORT AND YOUTH.** Report on illegal drugs for the Hungarian government. Budapest, 2000.
  102. **Moran, M.** Between the lines. *Health service journal* 102: 20-23 vom 23.4.1992
  103. **Morava, E. ET AL.** Health risk factors and mortality in Pécs city, Hungary in the 1990s. *Central European Journal of Public Health*, 8: 109–113, 2000.
  104. **Mossialos, E. ET AL., ED.** Funding health care: options for Europe. Buckingham, Open University Press, 2002. National Institute for Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>).
  105. **Musgrove P:** Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington DC, The World Bank 1996 (World Bank discussion paper No. 339); zitiert aus WHO Report 2000.
  106. **NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH.** Hungarian environmental health action programme. Budapest, National Institute of Public Health, 1997.
  107. **Neubauer G und R Rowy:** Ökonomische Aspekte von Rehabilitation. in: Bengel J und Koch U (Hrsg): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*, Springer Verlag Berlin, 2000.
  108. **Neuberger, J.** The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of internal medicine*, 247: 6–10, 2000.
  109. **Normand, C.** Ten popular health economic fallacies. *Journal of public health medicine*, 20: 129–132, 1998.
  110. **NZZ** vom 30. Juni 1998 „Ehrgeiziges ungarisches Regierungsprogramm“ ohne Verfasser, S.2.
  111. **OECD.** Germany, economic surveys, 1995. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995a.
  112. **OECD.** Health data. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995b.
-

113. **OECD**. Reforming the health sector: efficiency through incentives. In: OECD Economic Surveys – Germany 1997. Paris: OECD, 1997, S. 67–117.
  114. **OECD**. The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries Paris, OECD, 1992 (Health Policy Studies No. 2).
  115. **Osterkamp R**: Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Ifo-Schnelldienst 54, 10, 9-16.
  116. **Perleth, M., BUSSE, R. Und SCHWARTZ, F.W.** Regulation of Health-related Technologies in Germany. Health Policy, 1999, 46(2): 105–126.
  117. **PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN**. World drink trends 1994. Schiedam, NTC Publications, 1994.
  118. **PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN**. World drink trends 1998. Schiedam, NTC Publications, 1998.
  119. **Reinhardt, U.** „Managed Competition“ and „Managed Whatever“. Health Affairs, 1999, 18(3): 92–94.
  120. **ROBERT KOCH-INSTITUT**. AIDS/HIV Quartalsbericht III/95. Berlin, Robert Koch-Institut, AIDS-Zentrum, 1995.
  121. **Saltman, R.B. & Ferroussier-Davis, O.** The concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 78: 732–739, 2000.
  122. **Saltman, R.B. & Figueras, J.** European health care reform. Analysis of current strategies.
  123. **Saltman, R.B.** EJPH policy forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries. European journal of public health, 11: 121, 2001.
  124. **Saltman, R.B. ET AL.** A methodological note on combining health and social care expenditures into a single statistic for policy-making purposes. European journal of public health, 11: 93–96, 2001.
  125. **Saltman, R.B. ET AL., ED.** Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.
  126. **Saltman, R.B. ET AL., ED.** Regulating entrepreneurial behaviour in European health care Systems. Buckingham, Open University Press, 2002.
  127. **Savas, S.B.** MACH: a methodology for analysing contracting in health care. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Document EUR/00/5017691).
  128. **Schmidtke, A. ET AL.** The epidemiology of attempted suicide in the Würzburg area. In: KERKHOF, A.J.F.M. ET AL., ED. Attempted suicide in Europe. Leiden, DSWO Press, 1994.
-



- 
129. **Schneider Markus.** Gesundheitssystem Mittel- und Osteuropa. BASYS Augsburg, 2000.
  130. **Schneider, Markus. ET AL.** Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994. Augsburg, BASYS, 1995.
  131. **Schulenburg, J.M.** Forming and reforming the market for third party purchasing of health care: a German perspective. *Social science and medicine*, 39(10): 1473-1481, 1994.
  132. **Schwartz, F.W. und BUSSE, R.** In: C. Ham (Hrsg.), *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 1997, S. 104–118.
  133. **Schwartz, F.W., und BUSSE, R.** Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience. In: F.W. Schwartz, H. Glennerster und R.B. Saltman (Hrsg.), *Fixing Health Budgets - Experience from Europa und North America*. Chichester: Wiley & Sons, 1996, S. 93–108.
  134. **Seewald, H.** Schwerbehinderte 1991. *Wirtschaft und Statistik*, **11**: 814.818, 1992.
  135. **Shaw, C.D.** External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *External Peer Review Techniques*. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care*, 12: 169–175, 2000. 133
  136. **Smith, P.** Reforming markets in health care: an economic perspective. Buckingham, Open University Press, 2000.
  137. Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Union (HOPE) (<http://www.hope.be>).
  138. **Starke, K. & VISSER, A.P.** Sexuality, sexual behaviour and contraception in East Germany. *Patient education and counselling*, **23**(3): 217.226, 1994.
  139. **Statistisches Bundesamt** , Gesundheitswesen - Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1997. Stuttgart: Metzler Poeschel, 1999 [erscheint jährlich].
  140. **Statistisches Bundesamt** Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart-Mainz [erscheint jährlich].
  141. **Statistisches Bundesamt**, Ausgaben für Gesundheit, Reihe S.2, Fachserie 12, Stuttgart-Mainz.
  142. **Statistisches Bundesamt**, Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten,
-

Reihe 1.6.1, Fachserie 2, Stuttgart-Mainz

143. **Statistisches Bundesamt**, Krankenhaus, Reihe 6, Fachserie 12, Stuttgart-Mainz,
  144. **Statistisches Bundesamt**, Preise und Preisindizes für die Lebenshaltung, Reihe 7, Fachserie 17, Stuttgart-Mainz
  145. **Statistisches Bundesamt**, Statistisches Jahrbuch für das Ausland, Stuttgart-Mainz
  146. **Statistisches Bundesamt**, Verkehr, Fachserie 8, Reihe 7, Stuttgart-Mainz
  147. **Statistisches Bundesamt**, Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, Ergebnisse des Mikrozensus, Fachserie 13 Reihe 1, Stuttgart-Mainz
  148. **Statistisches Bundesamt**, Vierteljahreshefte zur Auslandsstatistik, Stuttgart-Mainz,
  149. **Statistisches Jahrbuch** der Bundesrepublik Deutschland, 1994.
  150. **The World Bank**: World development report 1997 – The state in a changing world. The World Bank Washington DC, 1997.
  151. **TURNER**, B. ed.. The statesman.s yearbook 1998.99. London, Macmillan, 1998.
  152. **TURNER**, B., ed.. The statesman's yearbook 2000. 136<sup>th</sup> ed. London, St. Martin's Press, 2000.
  153. **UNESCO**. Statistical yearbook 1999. Paris, UNESCO Publishing & Bernan Press, 1999.
  154. **Ungarische staatliche Verordnung** (1999). No. 43, 6–19.
  155. **UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)**. Human development report 2001. Making new technologies work for human development. New York, Oxford University Press, 2001.
  156. **UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)**. Human development report 1995. New York/Oxford, Oxford University Press, 1995.
  157. **UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)**. Human development report 1996. New York/Oxford, Oxford University Press, 1996.
  158. **UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (1999)**. Trends in Europe and North America 1998/1999. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe. University Press, 2002.
  159. **Van Doorslaer**, E. ET AL., ED. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford, Oxford University Press, 1993.
  160. **Velkova A, JH Wolleswinkel-van den Bosch, JP Mackenbach**: The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. International Journal of Epidemiology, 1997, 26(1): 75-84; zitiert aus WHO Report 2000.
-

161. **Vienonen, M. ET AL.** Towards evidence-based health care reform. Bulletin of the World Health Organization, 77: 44–47, 1999.
  162. **Vogler, S. & Habl, C..** Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1999.
  163. **WAGSTAFF, A. ET AL.** Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of health economics, 18: 263–290, 1999.
  164. **WHO Regional Office for Europe,** (European Observatory on Health Care Systems), 1999.
  165. **WHO Regional Office for Europe,** (WHO Regional Publications, European Series, No. 72), 1997.
  166. **WHO Regional Office for Europe.** Health and Health Behaviour among Young People. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
  167. **WHO Regional Office for Europe.** Health care systems in transition. Hungary. Copenhagen, 1999a.
  168. **WHO Regional Office for Europe.** Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 4), 1993.
  169. **WHO Regional Office for Europe.** HEALTH21 – the health for all policy framework for the WHO European Region (<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6), 1999b.
  170. **WHO Regional Office for Europe.** Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
  171. **WHO- Regional Office for Europe.** The STI Task Force (<http://healthdatabases.org/who1>).
  172. **WHO Regionales Büro für Europa.** Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 83), 1998.
  173. **WHO.** Health for all targets: the health policy for Europe. Updated edition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
  174. **WHO.** Safe Injection Global Network ([www.injectionsafety.org](http://www.injectionsafety.org) ).
  175. **Woodward, C.A.** Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change. Geneva, World Health
-

Organization, 2000 (Document WHO/EIP/OSD/00.1).

176. **World Development Report 1993** - Investing in health. New Yorck, Oxford University Press for the World Bank, 1993: Table 5.3; zitiert aus WHO Report 2000.
  177. **Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften**, 1996, 4: 214–224.
  178. **Zentrales Ungarisches Statistik-Amt**. Geographical mortality differentials in Hungary. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1998a.
  179. **Zentrales Ungarisches Statistik-Amt**. Health behaviour survey, 1994. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1996b.
  180. **Zentrales Ungarisches Statistik-Amt**. Hungarian Governmental Decree. No. 43, 1999.
  181. **Zentrales Ungarisches Statistik-Amt**. Main features of the Hungarian demographic situation in the early nineties. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1996a.
  182. **Zentrales Ungarisches Statistik-Amt**. Yearbook of health and social statistics 1996. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1998b.
-

## Danksagung

Ich darf an dieser Stelle meinen Eltern freudigen Dank bekunden. Durch Ihre notwendige finanzielle und moralische Unterstützung sind diese Arbeit und mein gesamtes Studium überhaupt erst möglich gewesen. Vielmehr jedoch möchte ich mich bei ihnen bedanken, dass ich mein Studium und alle hiermit verbundenen Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich leiten durfte. Die Freiheit der Selbständigkeit und Eigenverantwortung hat mich erst zu dem Punkt gebracht, an dem ich heute sein darf. Diese Ungebundenheit ist sehr kostbar und durch nichts aufzuwiegen. Deshalb widme ich ihnen diese Arbeit ganz besonders. Ich sehe meine Aufgabe als Sohn darin, meine Eltern mit Stolz zu erfüllen. Ich hoffe, dass ich dem gerecht wurde.

Sicherlich gebührt an dieser Stelle all denjenigen meinen Dank, welche mich beim Erstellen dieser Arbeit unterstützt haben. Erwähnen möchte ich Herrn Markus Schneider, Herausgeber der BASYS-Bände, der mir durch eine freundliche Geste seine Arbeit zum Studium überlassen hat, ebenso Herrn Dr. Terebessy András - WHO Liaison Office Ministry of Health - Budapest sowie Frau Rokosch aus dem Studentensekretariat der Semmelweis Universität zu Budapest, die mir bei ungarischen Behörden beratend und helfend zur Seite stand. Herrn Professor Höhn, der mir bzgl. meines Auslandsstudiums in Ungarn die Möglichkeit geboten hat, eine Arbeit nach meinen eigenen Vorstellungen zu erstellen, sowie dieses Arbeit als Zweitkorrektor betreut hat. Für die finanzielle Unterstützung möchte ich mich bei Professor Köhrle aus dem Institut für Molekulare Innere Medizin für die Ernennung zum Auslandsstudium an die Semmelweis Universität Budapest und die Vergabe des Stipendiums ERASMUS der Europäischen Union bedanken, ebenso bei Herrn Peter Karle für die Vergabe des Stipendiums der Vereinten Versicherung.

Besonderer Dank geht an Herrn Professor Schardt, der mir im Rahmen meines PJ-Tertials in der Betriebsärztlichen Untersuchungsstelle Würzburg als Vorgesetzter und zugleich als Doktorvater entscheidende Anregungen und Freiheiten geboten hat, die in diese Arbeit geflossen sind.

---

# JOCHEN BAIERLEIN

## PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum	21.01.1977
Geburtsort	Crailsheim
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	Ledig

## ELTERN

Vater	Alfred Baierlein (Schreiner - Rentner)
Mutter	Lore Baierlein geb. Mulfinger (Krankenschwester - Rentnerin)
Geschwister	Steffen Baierlein (Diplomkaufmann Steuerwesen) Thomas Baierlein (Student der Wirtschaftsinformatik)

## SCHULBILDUNG

1986-1989	Reussenberg Grundschule Crailsheim
1989-1994	Realschule Crailsheim
1994-1996	Wirtschaftsgymnasium Crailsheim
1996	Allgemeine Hochschulreife

## STUDIUM

1997-2004	Universität Würzburg: Humanmedizin
03/1999	Physikum
08/1999	Universität Würzburg: Betriebswirtschaftslehre
03/2000	Erstes Staatsexamen
08/2001-07/2002	Universität Semmelweis Budapest-Ungarn: Humanmedizin
03/2003	Zweites Staatsexamen
10/2004	Drittes Staatsexamen
11/2004	Vollapprobation
11/2004	WISO-Repetitorium, Prof. Braunschweig

**KLINISCHE TÄTIGKEITEN**

1996-1997	Zivildienst Rettungsdienst Deutsches Rotes Kreuz
1997	Anästhesie & Intensiv (Kreiskrankenhaus Crailsheim)
1999-2001	Studentische Hilfskraft im Schlaflabor (Pulmonologie Universität Würzburg)
1999	Famulatur Chirurgie (Kaiserin Elisabeth Krankenhaus Wien-)
2001-2002	Dermatologie/ Augenheilkunde/Radiologie (Virtuelle Universität in Hof-Bayern)
2002	Famulatur Anästhesie (KSSG St. Gallen- CH)
2002	Famulatur Gynäkologie (Universität Budapest- HU)

**PRAKTISCHES JAHR**

04/ - 08/2003	Betriebsärztliche Untersuchungsstelle Würzburg
08/ - 10/2003	Krankenhaus Brixen Südtirol-Italien
12/2003 – 05/2004	Tauranga Hospital Bay of Plenty Neuseeland

**STIPENDIUM**

08/2001	ERASMUS Programm
– 07/2002	Vereinte Versicherung München

**DOKTOR ARBEIT**

Seit 2/2002	Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem in Deutschland und Ungarn. Ungarn auf dem Weg in die Europäische Union
-------------	--